VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

# KANCELARIA SEJMU
# Biuro Komisji Sejmowych

## PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej (nr 12)**

z dnia 12 kwietnia 2016 r.

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

# Komisji Polityki Senioralnej (nr 12)

12 kwietnia 2016 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Małgorzaty Zwiercan (Kukiz15),** przewodniczącej Komisji, i **Sławomira Zawiślaka (PiS)**, zastępcy przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

**– informacja na temat opieki długoterminowej nad starszymi osobami niesamodzielnymi,**

**– informacja na temat stanu realizacji priorytetów i programów dotyczących osób starszych w perspektywie budżetowej 2014-2020,**

**– sprawy bieżące.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Elżbieta Bojanowska** podsekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Katarzyna Głowala** podsekretarz stanu w Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Paweł Chorąży** podsekretarz stanu Ministerstwa Rozwoju wraz ze współpracownikami, **Paweł Adamowicz** doradca ekonomiczny w Departamencie Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli, **Piotr Bednarski** dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii wraz ze współpracownikami, **Maciej Miłkowski** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. Finansowych, **Krystyna Lewkowicz** przewodnicząca Obywatelskiego Parlamentu Seniorów, **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów wraz ze współpracownikami, **Anna Chabiera** przedstawicielka Biura Rzecznika Praw Obywatelskich wraz ze współpracownikami, **Janusz Szymborski** członek Rządowej Rady Ludnościowej, **Marzena Rudnicka** prezes Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej wraz ze współpracownikami, **Anna Jakrzewska-Sawińska** dyrektor medyczny w Domu Pomocy Geriatrycznej, **Beata Tokarz-Kamińska** członek zarządu Towarzystwa Inicjatyw Twórczych „ę”, **Krzysztof Burnos** prezes Krajowej Rady Biegłych Rewidentów, **Robert Majkowski** prezes zarządu Funduszu Hipotecznego DOM SA wraz ze współpracownikami, **Renata Janicka** zastępca i **Elżbieta Kowalska** sekretarz przewodniczącego Wolskiej Rady Seniorów, **Renata Banasiak** radna Dzielnicy Bielany Warszawa, prezes Stowarzyszenia „Vis Major”, **Wiesława Schubert-Figarska** radna Bemowa, **Maria Lehman** przedstawicielka Warszawskiej Rady Seniorów, **Elżbieta Wiśniewska** przewodnicząca Rady Seniorów Wilanów wraz ze współpracownikami, **Zbigniew Skawiński** przewodniczący Rady Seniorów Tomaszów Lubelski, **Joanna Małycha** asystentka prezesa Fundacji Emeryt, **Łukasz Salwarowski** przedstawiciel Stowarzyszenia MAN Głos Seniora, **Wojciech Kałkusiński** przedstawiciel Systemu Edukacji PUS (Pomyśl – Ułóż – Sprawdź), **Jarosław Gębski** dyrektor Domu Pomocy Społecznej Centrum Alzheimera, **Anna Maria Czubaczyńska** koordynator w Centrum Kultury Jidysz, Uniwersytet Trzeciego Wieku Teatr Żydowski, **Maria Godlewska** wiceprezes UTW Woli i Bemowa, **Krystyna Męcik** członek Ogólnopolskiej Federacji UTW, **Bożena Sałacińska** przewodnicząca Kazimierzowskiego UTW, **Lucyna Wasilewska** prezes Towarzystwa UTW, **Andrzej Blus** sekretarz Towarzystwa UTW Ursus, **Sławomir Sobalski** prezes zarządu Stowarzyszenia Ochockiego UTW, **Maria Surawska** wiceprezes UTW Wesoła, **Teresa Kołakowska** kierownik UTW Warszawa, **Wojciech Trębiński** UTW Szkoła Wyższa Przymierza Rodzin, **Teresa Bojanowicz** słuchaczka UTW, **Lidia Mastuszak** słuchaczka UTW SGH, **Grażyna Andziak-Ziemińska** słuchaczka Medycznego UTW oraz prof. dr hab. **Katarzyna Wieczorowska-Tobis** i **Rafał Sapuła** – stali doradcy Komisji, **Dominika Górnicka** asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Anna Czechowska** i **Elżbieta Przybylska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dzień dobry. Otwieram dwunaste posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Witam państwa bardzo serdecznie. Wszyscy państwo otrzymali zawiadomienia o posiedzeniu. Czy są pytania do porządku dziennego? Nie ma. Stwierdzam zatem przyjęcie porządku dziennego oraz protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Przystępujemy do realizacji porządku. Pierwszym punktem naszego programu jest informacja na temat opieki długoterminowej nad starszymi osobami niesamodzielnymi. Przedstawia pani Elżbieta Bojanowska minister w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny Pracy i Polityki Społecznej Elżbieta Bojanowska:**

Pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, państwo ministrowie, szanowni państwo. Pozwolę sobie na wprowadzenie do tematu, ponieważ opieka długoterminowa to głównie domena ministra zdrowia. Powiem, co i jak realizujemy ze swojego zakresu i spróbuję wprowadzić w problematykę opieki długoterminowej w sposób definicyjny i przedstawić pewien kontekst problemu.

Zacznę od tego, że w literaturze przedmiotu występuje wiele definicji opieki długoterminowej. Odwołam się do OECD (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju) oraz Komisji Europejskiej, które opiekę długoterminową definiują jako całość usług, jakich wymaga osoba o ograniczonej wydolności funkcjonalnej i przez długi czas uzależniona od zewnętrznej pomocy w zakresie podstawowych czynności życiowych. Usługi opieki długoterminowej mogą być łączone z opieką również niższego stopnia, polegającą na pomocy w wykonywaniu tzw. instrumentalnych czynności życia codziennego.

Według WHO zadaniem systemu opieki długoterminowej jest zapewnienie osobie, która przez długi czas nie jest w pełni zdolna do samoopieki, możliwości utrzymania najlepszej jakości życia, tzn. możliwie największego zakresu niezależności, samodzielności, uczestnictwa w życiu społecznym, spełnienia osobistego i godności. Pomoc w zakresie podstawowych czynności życiowych polega na opiece osobistej, często łączonej z podstawowymi usługami medycznymi, takimi jak opieka pielęgniarska, profilaktyka, rehabilitacja czy opieka paliatywna. A pomoc w zakresie instrumentalnych czynności życia codziennego wiąże się najczęściej z pracami w domu.

Według definicji przyjętej na forum ONZ opieka długoterminowa to działania podejmowane na rzecz osób wymagających opieki ze strony opiekunów nieformalnych bądź formalnych oraz przez wolontariuszy. Świadczenia opieki długoterminowej stanowią nieodłączną część systemu ochrony zdrowia. Ponieważ jednak osoby, które jej wymagają, często są niezdolne do samoobsługi oraz do wykonywania nawet prostych prac w gospodarstwie domowym, świadczenia opieki długoterminowej są finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia i powinny być realizowane komplementarnie ze świadczeniami socjalnymi, realizowanymi zwłaszcza w formie usług bądź zasiłków przeznaczonych na opłacanie takich usług. I właśnie w tym zakresie spróbuję państwu naszkicować to, co robimy w MRPiPS.

Opieka długoterminowa w pomocy społecznej jest realizowana na podstawie przepisów ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz aktów wykonawczych i składają się na nią: usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania osoby; całodobowe usługi świadczone w rodzinnych domach pomocy; całodobowe usługi świadczone w domach pomocy społecznej; całodobowe usługi świadczone w placówkach prowadzonych w ramach działalności gospodarczej lub statutowej, które zapewniają całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym bądź osobom w podeszłym wieku. Wszystkie te formy opieki są szczegółowo przedstawione w przesłanych materiałach.

Zwrócę szczególnie uwagę na dwie sprawy, a mianowicie na usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze. Zarówno usługi opiekuńcze, jak i specjalistyczne usługi opiekuńcze przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby, bądź niepeł-

niepełnosprawności wymaga pomocy innych osób. Te usługi mogą być także przyznane osobie w rodzinie, która wymaga pomocy innych osób. Jednak rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni i zstępni nie są w stanie takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Usługi te są bezpłatne bądź płatne w części lub w całości. Szczegółowe zasady odpłatności za usługi opiekuńcze ustalają władze gminy w drodze uchwały. Wysokość opłat uzależniona jest przede wszystkim od dochodu osoby korzystającej z usług opiekuńczych oraz kosztów i liczby godzin świadczonych usług opiekuńczych. Tego rodzaju usługi są realizowane jako zadanie własne gminy i finansowane z budżetu gminy. W 2015 r. w ramach usług opiekuńczych udzielono: specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi prawie 13 tys., usług opiekuńczych ponad 93 tys., w tym usług specjalistycznych ponad 5 tys.

Zwrócę uwagę również na drugą instytucję – domy pomocy społecznej. DPS są skierowane do osób, wymagających całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność i mają prawo do umieszczenia ich w DPS. DPS jest to placówka całodobowego stałego pobytu, zapewniająca usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu. Wydatki związane z zapewnieniem całodobowej opieki mieszkańcom oraz zaspokajaniem ich niezbędnych potrzeb bytowych i społecznych w całości pokrywa DPS. DPS umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów, jak również pokrywa opłaty ryczałtowe i częściową odpłatność do wysokości limitu ceny. DPS może także pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Decyzję o skierowaniu do DPS i decyzję ustalającą opłatę za pobyt w tej placówce wydaje organ gminy właściwy dla danej osoby w dniu jej kierowania do DPS. Decyzję zaś o umieszczeniu w DPS wydaje organ gminy bądź starosta prowadzący tę placówkę. W przypadku regionalnych DPS decyzję wydaje marszałek województwa. W tabelach mają państwo podane dane wstępne z 2015 r., kiedy liczba domów ogółem wynosiła 783, liczba miejsc w domach ponad 78 tys., liczba mieszkańców prawie 77 tys., z czego najwięcej osób w domach dla osób przewlekle somatycznie chorych: na prawie 14,5 tys. przypada ok. 14,3 tys. mieszkańców. Są również dane za rok 2014 i 2013.

Chciałam zwrócić uwagę na usługi zdrowotne w DPS. Tak jak wspominałam, DPS jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej, która zaspokaja podstawowe potrzeby bytowe mieszkańców i nie sprawuje funkcji leczniczych, nie zapewnia świadczeń medycznych, w tym także opieki pielęgniarskiej. Osoba wymagająca pomocy medycznej, mieszkająca w DPS ma prawo do takich samych świadczeń opieki pielęgnacyjnej jak osoba, która zamieszkuje w domu rodzinnym. Może zatem w DPS korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na analogicznych zasadach jak w domu pacjenta, w tym w zakresie świadczeń pielęgniarskich opieki długoterminowej.

Nie będę omawiała pomocy społecznej, zasiłków i zasiłków stałych, czy też składek na ubezpieczenia emerytalne, wszystkie szczegółowe informacje zawarte są w materiale. Opisane są także badania, które przeprowadzano w formalnych i nieformalnych instytucjach opieki, to był wspólny projekt Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich oraz MRPiPS.

Chciałabym zwrócić uwagę, że zgodnie z założeniami długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 ta polityka odnosi się m.in. do obszaru zdrowia i samodzielności – jednego z wielu tam wymienionych – i w tym obszarze wskazano na konieczność rozwoju opieki geriatrycznej i usług opiekuńczych. Zgodnie z wymienionym dokumentem planowane jest wdrożenie następujących priorytetów w zakresie ochrony zdrowia i samodzielności osób starszych. Są to: systemowe rozwiązania, które pozwolą na rozwój usług medycznych dla osób starszych; promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna; oraz rozwój usług społecznych i opiekuńczych dostosowanych do potrzeb osób starszych. Musimy bowiem pamiętać, że ze względu na zmiany w strukturze ludności oraz wzrastający odsetek osób niesamodzielnych należy się spodziewać, że polskie społeczeństwo potrzebuje reorganizacji systemu świadczeń dla osób o ograniczonym stopniu

niesamodzielności. Na system ten powinny się składać zarówno świadczenia opiekuńcze, związane z pomocą w prowadzeniu gospodarstwa domowego, ale też świadczenia opieki długoterminowej, przede wszystkim o charakterze medycznym.

Jednym z problemów o ważnym znaczeniu dla zaspokajania potrzeb osób niesamodzielnych jest właśnie rozbudowa systemu opieki długoterminowej. Ten system powinien obejmować zarówno opiekę instytucjonalną, jak i środowiskową. Wymuszony sytuacją rodzinną i poziomem sprawności, zwłaszcza w późnej starości, popyt na miejsca w placówkach opiekuńczych, o czym wszyscy niewątpliwie wiemy, będzie wzrastał. W związku z tym o wiele szybciej będzie się zwiększało zainteresowanie pomocą udzielaną w miejscu zamieszkania w środowisku znanym, przyjaznym seniorom, a także korzystanie z niej możliwie jak najdłużej. Jednak niewątpliwie również ważny jest rozwój sektora instytucjonalnego. Dlatego planuje się rozwijanie działań, które będą się skupiały na budowaniu wysokiej jakości usług adresowanych do osób starszych, wśród których pierwszeństwo powinna mieć opieka domowa sprawowana w warunkach rodzinnych, a umieszczenie osoby wymagającej stałej opieki osoby trzeciej w DPS było tym ostatecznym elementem, tą ostateczną decyzją.

Do zrealizowania założonych celów dotyczących opieki długoterminowej nad osobami starszymi czy też przewlekle chorymi rozważa się stworzenie w najbliższej przyszłości centrów usług socjalnych na terenie całego kraju, które zapewniałyby kompleksową opiekę z nowymi alternatywnymi formami opieki nad osobami starszymi. Plany dotyczące wzmocnienia systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi w środowiskach lokalnych opierałyby się na stworzeniu placówek opieki dostosowanych do stopnia i rodzaju niesamodzielności osób starszych, ponadto zostałyby opracowane standardy zarówno kwalifikacji, jak i opieki nad osobami starszymi. Dziękuję. Jeżeli będą szczegółowe pytania, to służę.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję pani minister, za zreferowanie przygotowanych materiałów. Wiadome jest, że świadczenia opieki długoterminowej stanowią nieodłączny komponent systemu ochrony zdrowia. Jedną z głównych grup, beneficjentów tych świadczeń są osoby starsze. Z przykrością dowiadujemy się jednak, że w DPS nie są wydzielane jednostki organizacyjne zakładów opieki społecznej i dzieje się tak pomimo istniejących możliwości prawnych oraz wzrostu środków. Jak słusznie zauważa ministerstwo w przedstawionej informacji, wydzielenie takich jednostek umożliwiłoby skorzystanie z pomocy lekarskiej czy pielęgniarskiej na miejscu. Nie byłoby więc konieczności dowożenia beneficjenta do podmiotu leczniczego. Ma to szczególne znaczenie w przypadku osób starszych oraz DPS w mniejszych miejscowościach. Na pewno jest to aspekt, nad którym warto się zastanowić.

Teraz do pierwszego punktu poproszę jeszcze panią minister zdrowia, panią Katarzynę Głowałę, która przedstawi… Głowalę? Przepraszam najmocniej. Proszę panią minister Katarzynę Głowalę.

**Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Głowala:**

Szanowna pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, panowie ministrowie. Opieka długoterminowa to opieka nad osobami potrzebującymi wsparcia w wielu dziedzinach życia przez dłuższy okres. Zazwyczaj odnosi się ona do pomocy przy czynnościach życia codziennego. Często pomoc ta jest zapewniona przez rodzinę, przyjaciół oraz opiekunów medycznych lub pielęgniarki. Świadczenia gwarantowane w ramach opieki długoterminowej są udzielane choremu wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagającemu hospitalizacji, który w ocenie skalopoziomu samodzielności, zwanym dalej skalą Barthel, otrzymał 40 punktów lub mniej.

Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej realizowane są w warunkach stacjonarnych, to jest, w zakładach opiekuńczych oraz w warunkach domowych. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują m.in. świadczenia udzielane przez lekarza, pielęgniarkę, rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, leczenie farma-

kologiczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne. Świadczenia udzielane w warunkach domowych są realizowane przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, lub stanowią pielęgniarską opiekę długoterminową domową i obejmują m.in. świadczenia udzielane przez pielęgniarkę, przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny.

W celu zapewnienia kompleksowej opieki medycznej pacjentom starszym niesamodzielnym niezbędne jest kształcenie kadr w w.w. zakresie. Wśród wielu zawodów, które w ramach kształcenia przygotowują do pracy z takimi osobami, należy wyróżnić m.in. lekarzy, opiekunów medycznych, fizjoterapeutów i psychologów klinicznych. Proces kształcenia lekarzy do udzielania świadczeń zdrowotnych w obszarze opieki długoterminowej rozpoczyna się już w trakcie kształcenia przeddyplomowego, a kontynuowany jest w przebiegu kształcenia podyplomowego. W toku edukacji lekarze nabywają wiedzę m.in. z zakresu przebiegu oraz objawów procesu starzenia się, zasady całościowej oceny geriatrycznej i opieki interdyscyplinarnej, zasad farmakoterapii w odniesieniu do pacjenta w podeszłym wieku oraz zasady postępowania w podstawowych zespołach geriatrycznych. Zdobywają także praktyczne umiejętności dotyczące rozpoznawania, leczenia, zapobiegania i rehabilitacji w chorobach stanowiących najczęstszą przyczynę zgłaszania się pacjentów do poradni, jak i wymagających długotrwałego leczenia w środowisku domowym, tzw. opieki nad przewlekle chorym. Lekarzami predysponowanymi do udzielania świadczeń zdrowotnych w opiece długoterminowej są lekarze specjaliści w następujących dziedzinach: chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej, chirurgii ogólnej, geriatrii, a także neurologii, psychopsychiatrii i chorób zakaźnych. Kolejnymi specjalistami w toku kształcenia przygotowywanymi do pracy z osobami chorymi i niesamodzielnymi, są opiekunowie medyczni.

Możliwość kształcenia w tym zawodzie wprowadzono w związku ze stale zwiększającym się zapotrzebowaniem na usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne oraz pogłębiającym się deficytem w zakresie zabezpieczenia świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych nad osobami niesamodzielnymi. Kształcenie w zawodzie opiekun medycznym może być prowadzone zarówno w szkołach policealnych, jak i na kwalifikacyjnych kursach zawodowych. Absolwent kończący szkołę w zawodzie opiekun medyczny powinien być przygotowywany m. in. do rozpoznawania i rozwiązywania problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku, pomagania osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu potrzeb biopsychospołecznych, a także asystowania pielęgniarce i innemu personelowi medycznemu podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych. Po ukończeniu kształcenia absolwent przystępuje do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe, przeprowadzonego przez okręgową komisję egzaminacyjną. Obserwuje się systematyczny wzrost liczby osób kształcących się w tym zawodzie oraz wzrost zatrudnienia opiekunów medycznych w placówkach ochrony zdrowia. Liczba opiekunów medycznych zatrudnianych w tych placówkach wzrosła z 1923 w 2012 r. do 3084 w 2014 r.

W systemie opieki nad osobami niesamodzielnymi niezbędny jest również udział fizjoterapeutów. Specjaliści tej dziedziny uczestniczą obecnie w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. W świetle obowiązujących przepisów prawnych kwalifikacje do wykonywania zawodu fizjoterapeuty w Polsce można zdobyć wyłącznie w toku studiów wyższych na kierunku fizjoterapia. Absolwent takich studiów powinien być przygotowany m.in. do pracy w placówkach opieki zdrowotnej, ośrodkach dla osób niepełnosprawnych oraz do samodzielnej pracy z osobami chorymi, przede wszystkim w zakresie stosowania czynników fizykalnych w profilaktyce i w celach leczniczych.

Do sprawnego funkcjonowania opieki zdrowotnej długoterminowej nad osobami starszymi niesamodzielnymi niezbędni są również specjaliści z zakresu psychologii klinicznej. Liczba psychologów klinicznych, którzy uzyskali tytuł specjalisty, wynosi 472 (według danych przekazanych przez Centrum Edukacji Medycznej, stan na grudzień 2015 r.).

Z uwagi na zachodzące zmiany demograficzne bardzo istotne jest kształcenie kadry pielęgniarskiej. Na przestrzeni lat 2002-2015 specjalizację z zakresu pielęgniarstwa opieki długoterminowej ukończyło 2215 osób. Wskazać należy, że w tym czasie 17 161 osób w całym kraju ukończyło kursy kwalifikacyjne w ramach pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych oraz pielęgniarstwa opieki długoterminowej.

Pacjentami szczególnymi przebywającymi na oddziałach długoterminowych są osoby wymagające wspomagania oddychania za pomocą mechanicznej wentylacji. Kursy z zakresu opieki nad tymi pacjentami od 2009 do 2014 r. ukończyły 922 osoby (te i inne szczegółowe dane dotyczące kadr, MZ przekazało Komisji 21 marca 2016 r. w materiale „Informacja na temat opieki długoterminowej nad starszymi osobami niesamodzielnymi”).

Należy jeszcze podkreślić, że MZ ogłosiło 23 lipca 2015 r. konkurs na realizację projektów mających na celu pilotażowe wdrożenie i przetestowanie standardu Dziennego Domu Opieki Medycznej. W ramach konkursu o dofinansowanie realizacji projektu mogły ubiegać się podmioty lecznicze posiadające umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z oddziałem wojewódzkim NFZ. Zakontraktowanych zostanie 41 projektów. Podpisanie umów planowane jest w najbliższym czasie, projekty będą realizowane przez dwa lata. W DDOM wsparcie będzie skierowane do osób niesamodzielnych, w szczególności do osób powyżej 65. roku życia, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie niewymagających całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego realizowanych w trybie stacjonarnym. Świadczenia w DDOM będą udzielane pacjentom wymagającym ze względu na stan zdrowia świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalopoziomu samodzielności otrzymali od 40 do 65 punktów. Zadaniem DDOM będzie zapewnienie opieki medycznej połączonej z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych.

W ocenie Ministra Zdrowia działania podejmowane w zakresie opieki długoterminowej są niezwykle istotne z uwagi na zachodzące aktualnie zmiany demograficzne, które w konsekwencji spowodują zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia realizowane w omawianym obszarze. Warto zauważyć, że usprawnienie systemu opieki długoterminowej jest w obecnej sytuacji konieczne, a przedstawione powyżej informacje wskazują, że podejmowane działania podążają w dobrym kierunku. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Bardzo dziękuję, pani minister. Mając na uwadze demografię naszego społeczeństwa, społeczeństwa starzejącego się, jako pozytywną można uznać informację o zwiększającej się w naszym kraju liczbie lekarzy specjalistów, w tym w dziedzinie geriatrii, opiekunów medycznych oraz fizjoterapeutów. Mam nadzieję również, że pilotażowo wdrożone DDOM o zaprezentowanym standardzie sprostają założeniom i projekt ten z powodzeniem będzie kontynuowany w następnych latach.

Jeżeli ktoś z zaproszonych gości, bądź posłów ma pytania do pani minister Katarzyny Głowali lub do pani minister Bożeny Bojanowskiej, to bardzo proszę. Mam jeszcze taką prośbę – proszę się przedstawiać przed zadaniem pytania.

**Przedstawicielka Warszawskiej Rady Seniorów Maria Lehman:**

Witam państwa. Maria Lehman, psycholog, rocznik 1941 – to jest ważne. Bardzo cię cieszę, że mogę tu być. Cieszę się, że tradycja tej Komisji jest praktykowana i cieszę się, że posiedzenia są we wtorki, bo w te dni będę mogła przychodzić. Dziękujemy bardzo za to zaproszenie, jest tu nas dosyć dużo osób, które włożyły wiele pracy w poprawę sytuacji osób starszych, mówię o Warszawie. Chociaż też w Polsce – kilka z obecnych tu osób było członkiniami Rady Polityki Senioralnej przy MPiPS, uczestniczyłyśmy przy opracowaniu długofalowego programu polityki senioralnej w Polsce.

Mam dwa pytania. Pierwsze dotyczy pierwszego wystąpienia. Rozumiem, że ten materiał, który pani referowała, w jakiś sposób będzie dostępny. W zaproszeniu, które otrzymaliśmy w zeszłym tygodniu, jeszcze go nie było. Stąd moje pytanie, czy te informacje dotyczyły całej Polski?

Rozumiem, że w najbliższym czasie będzie modyfikowana ustawa o pomocy społecznej. Bo nazwa, którą pani wymieniła, centrum usług socjalnych, to jest nowa instytucja, której w poprzedniej ustawie nie ma. Wszyscy zajmujący się starszymi osobami bardzo czekamy na modyfikację i unowocześnienie ustawy o pomocy społecznej. Szczególnie w tej części, która dotyczy osób starszych. To jedna moja taka gorąca uwaga.

Następna uwaga – do drugiego wystąpienia. Też cieszymy się, że będą dzienne domy opieki medycznej. Nam, psychologom, bo jestem psychologiem, nie wiem, czy mówiłam, bardzo brakuje właśnie opieki psychologicznej w tych domach. Jak wiadomo z badań PolSeniora, co czwarta osoba w wieku od 65. roku życia cierpi na depresję, co trzecia w wieku po 80. roku życia. W związku z tym bez wątpienia pacjenci DDOM będą wymagali wsparcia psychologicznego. Podobnie zresztą jak osoby mieszkające w DPS. Niestety aktualna ustawa ani rozporządzenie nie przewidują opieki psychologicznej w DPS. Nie będę przedłużać tej informacji, państwo wiedzą, że ci ludzie starsi bardzo często mają tam reakcje depresyjne, często podejmują próby samobójcze, niestety udane.

To by było na gorąco wszystko. Cieszę się, że są jakieś jaskółki zmian. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo. Proszę panią poseł Alicję Kaczorowską.

**Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):**

Mam pytanie do pani minister Głowali odnośnie do DDOM. Rozumiem, że te domy będą finansowane w ramach pomocy gwarantowanej. Nie? Rozumiem, na razie trwają badania. Jeżeli tak, będą prawdopodobnie finansowane ze środków unijnych, w tym okresie, kiedy będziemy je otrzymywać. A potem?

**Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Głowala:**

Ale to jest program pilotażowy na okres dwóch lat. I dopiero później…

**Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):**

Czyli to jest po prostu program pilotażowy i dopiero potem będziemy rozważać, czy takie domy będą…

**Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Głowala:**

Czy one się sprawdzą i czy dalej to realizować.

**Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):**

Rozumiem. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Chwileczkę. Może jeszcze pan poseł Michał Szczerba.

**Poseł Michał Szczerba (PO):**

Pani przewodnicząca, pani minister, szanowni państwo. Po pierwsze, uważam, że temat, którym się zajmujemy, jest bardzo ważny i też nieprzypadkowo konstruując, formułując temat tego posiedzenia Komisji dotyczący opieki długoterminowej nad starszymi osobami niesamodzielnymi, poprosiliśmy dwóch ministrów, z jednej strony ministra rodziny, z drugiej ministra zdrowia, ponieważ wydaje się, że współpraca tych dwóch resortów jest absolutnie niezbędna z punktu widzenia pomocy osobom niesamodzielnym. Zabrakło mi jednak w wystąpieniach pań minister dwóch istotnych podmiotów, którymi są opiekunowie osób niesamodzielnych, ci opiekunowie będący członkami rodziny.

Tu warto przypomnieć różnice między terminami niepełnosprawność i niesamodzielność. Pierwszy głównie odnosi się do ograniczonej zdolności zatrudnienia i wykonywania pracy zarobkowej. Drugiego terminu używa się przede wszystkim do osób niezdolnych do samodzielnego zaspokajania własnych potrzeb związanych z odżywianiem się, z zachowaniem higieny osobistej, ubieraniem się czy też samodzielnym prowadzeniem gospodarstwa domowego. Mówiąc o osobach niesamodzielnych mówimy o tej drugiej kategorii osób. I tutaj niewątpliwie musi następować pełna współpraca, powiedziałbym, świata medycyny ze światem profesjonalnie przygotowanego personelu, który będzie wspierał właśnie rodzinę i opiekunów osób niesamodzielnych, aby to obciążenie, jakim jest opieka nad osobą niesamodzielną, też nie powodowało jakiegoś zachwiania sytuacji

w rodzinie, kiedy opieka nad osobą niesamodzielną, w tym przypadku osobą starszą, również ogranicza rozwój kariery zawodowej czy też funkcji rodzinnych.

Bardzo ważne jest też to – cały czas o tym mówimy i taki był cel powołania tej Komisji – że długość życia w naszym kraju się wydłuża. To także oznacza, że jest coraz więcej osób w tym wieku najbardziej senioralnym. W związku z tym, że takich osób przybywa, zwiększa się też naturalnie liczba osób niesprawnych, niesamodzielnych.

Bardzo ważnym poznawczym i ciekawym źródłem, najlepszym w mojej opinii, jest oczywiście badanie PolSenior profesora Błędowskiego, z którego wprost wynika, także z punktu widzenia badania samych osób starszych… Na pytanie w grupie wiekowej 65-69 – czy osoby z tej grupy wymagają opieki osoby trzeciej, 5,5%,odpowiada, że tak. Jeżeli weźmiemy pod uwagę grupę wiekową powyżej 90. roku życia, potrzeba opieki kogoś innego to już jest ponad 50%. Czyli to jest element, na który niewątpliwie powinniśmy zwrócić uwagę. Oczywiście obserwujemy rozwój medycyny, ale musimy również mieć świadomość, że medycyna bardzo często ratuje życie czy to w przypadku choroby, czy z jakiegoś urazu, ale niekoniecznie zapewnia powrót do pełnej sprawności i do pełnej samodzielności.

Rzeczy, które według mnie powinny zostać zrobione, to są oczywiście elementy znane, ale prawdę powiedziawszy wydaje się, że najważniejszym celem z punktu widzenia ministra rodziny i generalnie polityki senioralnej, powinno być rozwinięcie postulatów sformułowanych w założeniach polityki długofalowej na lata 2014-2020. Prośba do pani minister jest następująca, aby rozszerzyć ideę, którą pani zarysowała, centrum usług socjalnych. Wydaje się, że na posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej ta nazwa się pojawiła po raz pierwszy. Wiemy o centrach usług socjalnych, które funkcjonują w wielu miastach jako jednostki samorządowe, które zajmują się kwestiami usług socjalnych. Przypomnę również, że ustawa o osobach starszych w ramach określenia celów monitorowania sytuacji osób starszych mówi także wprost o konieczności monitorowania, później raportowania na temat sytuacji osób niepełnoprawnych i ich opiekunów, na temat dostępności i właśnie poziomu usług socjalnych, w tym opiekuńczych.

W związku z tym pojawia się pytanie – na jakim etapie jesteśmy, jeśli chodzi o realizację ustawy o osobach starszych, która weszła w życie 1 stycznia? Na jakim etapie jesteśmy, jeśli chodzi o rozporządzenie wykonawcze Prezesa Rady Ministrów, który sformułuje już te konkretne zobowiązania poszczególnych agend rządowych, w tym, aby ten monitoring był realizowany w postaci interdyscyplinarnej, międzysektorowej oraz aby ten raport, na który będziemy czekać jako Sejm i Senat do 31 października tego roku, był jak najbardziej wyczerpujący i stanowił również dla nas pomoc w kreowaniu polityki senioralnej.

Jeśli chodzi o kwestię DDOM, chciałbym wyrazić lekkie zdziwienie. Projekt został uruchomiony w lipcu ub.r. Dzisiaj jest 12 kwietnia i nie ma jeszcze podpisanych umów na realizację tego projektu, wydaje się, że mamy do czynienia z lekkim opóźnieniem. Gdyby pani minister była łaskawa uzupełnić, z czego to opóźnienie wynika, mimo tego że sam dzięki państwu otrzymałem na moją prośbę wykaz tych instytucji czy podmiotów medycznych ponad półtora czy dwa miesiące temu. Dlaczego więc umowy do tej pory nie są podpisane, skoro dwa miesiące temu wyłoniono podmioty, które mają ten pilotaż realizować?

I cóż, generalnie jest również pytanie o współpracę ze środowiskami partnerów społecznych. Nie ma możliwości wykreowania różnych dobrych rozwiązań w odniesieniu do osób niesamodzielnych bez współpracy z różnymi środowiskami, także z organizacjami zajmującymi się chorymi zapadającymi na choroby otępienne, na chorobą Alzheimera. Ta nazwa również tutaj nie padła, a są to chorzy o specyficznych potrzebach i nie zawsze zakłady opiekuńczo-lecznicze są wyspecjalizowane w świadczeniu tego typu pomocy. Bardzo często jest tak niestety, że osoby niepełnosprawne wyłącznie somatycznie znajdują się nawet w jednych pokojach z osobami cierpiącymi na choroby otępienne czy też wręcz na chorobę Alzheimera. Jeżeli więc pani minister Bojanowska, co uważam za rzecz bardzo dobrą, mówi o standaryzacji usług socjalnych, to mam pytanie – czy planujemy jakiś przegląd tych standardów w odniesieniu do zakładów opiekuńczo-leczniczych?

To by było wszystko. Jeżeli przypomnę sobie jakieś pytanie, poproszę panią przewodniczącą o możliwość dopytania w określonej kwestii. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo. Proszę, pan doktor Rafał Sapuła.

**Stały doradca Komisji Rafał Sapuła:**

Szanowna pani przewodnicząca, pani minister. Moje nazwisko Rafał Sapuła, jestem lekarzem specjalistą rehabilitacji. Chciałbym się podzielić pewnymi własnymi doświadczeniami jako lekarza praktyka w zakresie kwalifikowania i opieki nad pacjentami w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Przede wszystkim to, na co pan poseł też zwrócił uwagę – problemy osób z otępieniem. Mianowicie skala Barthel, która w tej chwili obowiązuje przy kwalifikowaniu tych osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych, w ocenie od 0 do 40 punktów, niestety nie jest miarodajna w kontekście osób z zespołami otępiennymi. Takim przykładem jest możliwość poruszania się tych osób. Ci pacjenci chodzą, ale tak naprawdę często nie wiedzą, gdzie idą i de facto potrzebują zdecydowanie większej opieki niż osoba leżąca. A my, oceniając takiego pacjenta, musimy, jeśli chcemy być zgodni z prawem, dać mu ocenę maksymalną. To samo dotyczy czynności higienicznych. Oczywiście ten pacjent fizycznie być może jest w stanie się umyć, ale on nie czuje ani potrzeby umycia się, ani przebrania, więc de facto też wymaga pełnej opieki pielęgniarskiej.

W związku z tymi dylematami przeprowadziłem badanie skierowane do zakładów opiekuńczo-leczniczych. Odpowiedziało mi 86 podmiotów i chcę się tylko takimi krótkimi spostrzeżeniami podzielić, a także wynikami. Ponad 60% tych podmiotów uważa, że skala Barthel nie jest obiektywnym narzędziem i nie odzwierciedla rzeczywistego stanu funkcjonalnego pacjentów leczonych w ZOOL. I tutaj kolejny bardzo ważny punkt – ponad 80% badanych zauważa w swojej praktyce utrudnienia w ocenie pacjenta przy pomocy skali Barthel związane z zaburzeniami otępiennymi pacjentów. Ponadto duma, wstyd pacjenta utrudniają nam zebranie pełnej informacji o potrzebach tych osób. W związku z tym uważam, że należałoby podjąć pracę nad tym, aby ewentualnie dla osób z zespołami otępiennymi wprowadzić jakąś dodatkową kwalifikację, albo jakąś instrumentalną skalę oceny lub ocenę sprawności umysłowej, która pozwoliłaby rzeczywiście w zgodzie z prawem tych pacjentów w ZOOL leczyć.

Kolejne zagadnienie, które chciałbym poruszyć – to olbrzymie problemy kadrowe, jeżeli chodzi nie tylko o lekarzy, ale i pielęgniarki.

Chciałbym jeszcze zgłosić postulat, aby tymi predystynowanymi specjalizacjami w opiece długoterminowej były również: anestezjologia, intensywna terapia, medycyna paliatywna i rehabilitacja medyczna. Tak naprawdę lekarze tych specjalności też tymi pacjentami na co dzień się zajmują, szczególnie konsultując oddziały w zakresie terapii wentylacja mechaniczną.

Jeszcze mam pytanie dotyczące DDOM. W założeniach jest napisane, że w tych domach będą mogli być pacjenci po leczeniu szpitalnym. Tymczasem mamy rzeczywisty problem z pacjentami, wypisywanymi z zakładów opiekuńczo-leczniczych, którzy otrzymują ponad 40 punktów i de facto muszą być w tym momencie z ZOOL wypisani. Niestety realia są takie, że po dwóch, trzech miesiącach ci pacjenci wyprowadzeni często z zerowego stopnia niepełnosprawności, doprowadzeni do 45-50 stopni, po dwóch, trzech miesiącach wracają znowu z tym najniższym poziomem niepełnosprawności. Apelowałbym, żeby również tę grupę pacjentów, którą wypisujemy z ZOOL, uwzględnić w opiece DDOM.

Nie był poruszony dzisiaj problem finansowania ZOOL, bo ta formuła składa się z dwóch części: finansowanie leczenia i finansowanie opieki pokrywa Fundusz Zdrowia, a finansowanie zakwaterowania i wyżywienia – to jest 70% emerytury. Przepisy są takie, że obowiązuje system kolejkowy. Jednak życie wygląda trochę inaczej. Wiadomo, że niestety ci najbiedniejsi pacjenci, którzy mają najniższe emerytury, szczególnie ze środowiska wiejskiego, są w ten sposób, moim zdaniem, dyskryminowani. Takie opinie się słyszy i myślę, że należałoby popracować nad formułą pewnych zmian – może jakimś funduszem pośrednim, który by tę sprawę uregulował. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo. Pani poseł Bukiewicz.

**Poseł Bożenna Bukiewicz (PO):**

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Panie minister, bardzo się cieszę z dzisiejszego spotkania, ponieważ jest to temat, który nas wszystkich interesuje. Jesteśmy społeczeństwem, które się starzeje, nie tylko my, jako Polska będziemy mieli coraz większy problem z opieką nad osobami niepełnosprawnymi niesamodzielnymi, ale także cała Europa. W związku z tym problem ten jest na pewno bardzo ważny dla wszystkich i musimy się nad nim bardzo głęboko pochylić. Ze swojego doświadczenia, bo wielu osobom próbowałam pomóc, wiem, że miejsc w takim DPS, czy ZOOL po prostu nie wystarcza, kiedyś wręcz powiedziano mi, że na takie miejsce czeka się kilka lat.

Mam pytanie, bo też takie pytanie na moich dyżurach poselskich mi zadawano. Są rodziny, które chcą opłacać opiekuna czy pielęgniarkę, bo zatrudnienie takiej osoby pozwoli im na normalne funkcjonowanie, czyli na podjęcie pracy i opiekę też nad swoimi dziećmi, często bowiem są to osoby czterdziesto-, czterdziestoparoletnie, które mają swoje małe dzieci na wychowaniu i jeszcze chorych rodziców. Czy jeżeli taka osoba chce zatrudnić opiekuna, musi zapłacić normalnie ZUS i podatek? Jest to koszt wykraczający ponad możliwości osoby nawet o przeciętnych średnich zarobkach dzisiaj w Polsce. Czy państwo – zwracam się do pań minister, bo nie wiem, które ministerstwo będzie bardziej adekwatne do podjęcia tych kroków – zastanawiali się nad tym, żeby koszty poniesione przez rodzinę przy zatrudnianiu takich opiekunów były w jakiś sposób odliczane od podatku na koniec roku? Bardzo często spotykam się z tym właśnie, że opiekunowie prawni, mówię o rodzinie, chcą zatrudniać takie osoby, żeby móc normalnie funkcjonować i chcą ponosić koszty jako rodzina, ale przy tak dużym obciążeniu ZUS-em i podatkiem, przekracza to ich możliwości. Dlatego bardzo proszę o zastanowienie się, jak ulżyć tym rodzinom i podzielić się tym obciążeniem finansowym przy zatrudnianiu opiekunów dla osób niepełnosprawnych, a także niesamodzielnych. Bo niesamodzielność bardzo często albo zawsze jest związana z niepełnosprawnością i wynika często z niepełnosprawności. Bardzo proszę o odpowiedź na to pytanie.

W związku z małą liczbą miejsc w DPS i w ZOOL – tu jest dobra wiadomość od pani wiceminister zdrowia – są planowane domy opieki medycznej w ramach programu ze środków unijnych, ale to będzie w programie dwuletnim. Czyli to będzie finansowanie zamiast tych środków unijnych? Czy samorządy też będą brały udział w kosztach prowadzenia tych domów? Jak to będzie przyznawane – czy w drodze konkursów?

I jeszcze jedno. Czy myśleli państwo, ażeby pobudzić, zachęcić i jakoś ułatwić samorządom czy też osobom zainteresowanym zakładanie DPS, a także ZOOL? Ten problem naprawdę będzie narastał. Jest wielki niedostatek miejsc, coraz większy, bo i potrzebujących jest coraz więcej. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję, pani poseł. Pani poseł Kaczorowska. Proszę.

**Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):**

Mam pytanie ad vocem. Przedmówczyni zapytała, czy osoby zatrudniające kogoś do pomocy nad swoimi ciężko chorymi krewnymi mogą uniknąć opodatkowania czy…

**Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Głowala:**

Chodzi o odpisy od podatku.

**Poseł Alicja Kaczorowska (PiS):**

Rozumiem. Moje pytanie jest takie – czy osoby, które nie zatrudniają nikogo, a są już w wieku przedemerytalnym, albo nie pracują, bo utraciły pracę, mogą liczyć na jakieś dodatki czy gratyfikację z tego tytułu, że opiekują się osobami niepełnosprawnymi i nie oddają ich do opieki instytucjonalnej?

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo. Pan poseł, bardzo proszę.

**Poseł Paweł Bańkowski (PO):**

Dzień dobry, Paweł Bańkowski. Mam pytanie do pani minister – czy byłaby pani minister w stanie udostępnić Komisji wykaz tych ośrodków, które otrzymały dofinansowanie do otwarcia DDOM? Szczególnie interesują mnie ośrodki z województwa śląskiego. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani profesor.

**Dyrektor medyczny Domu Pomocy Geriatrycznej Anna Jakrzewska-Sawińska:**

Moje nazwisko Anna Jakrzewska-Sawińska. Jestem lekarzem, prowadzę poradnię geriatryczną, hospicjum geriatryczne i pacjentów wentylowanych mechanicznie w Poznaniu. Proszę państwa, od kilku lat prowadzę w mojej poradni m.in. program ASOS i w związku z tym doszłam do wniosku, że najwyższy czas, żeby stworzyć właśnie taki dzienny pobyt opieki medycznej i od roku to prowadzę. Mam poradnię, głównie jestem nastawiona na razie na pacjentów, którzy są samotni. Jest to możliwe, ponieważ w poradni geriatrycznej mam wszystkich specjalistów, to znaczy, nie wszystkich, ale psychiatrę, neurologa, geriatrę, kardiologa i paru innych. Mam neuropsychologów, mam poradnię zaburzeń pamięci, jesteśmy głównie w tej chwili nastawieni na choroby neurodegeneracyjne. Chodzi o to, żeby jak najszybciej wyłapywać tych pacjentów, jak najszybciej ich diagnozować i leczyć. Mamy dietetyków. Proszę państwa, prowadzę to już od dłuższego czasu dzięki urzędowi miasta Poznania, bo dostałam od nich na to pieniądze. Traktuję to jak program pilotażowy, bo ja się też uczę, jak prowadzić tych pacjentów. To nie jest taka prosta sprawa, mieć 10 czy 15 pacjentów prawie cały dzień. To jest jedna sprawa.

Chciałam powiedzieć, że myślę, że za jakieś dwa miesiące będę już mogła przedstawić pierwsze wstępne diagnozy, to znaczy zreferować, jakie są za i przeciw takiej opieki, jakie są wyniki, co należy zmienić. Myślę, że nawet tu będę mogła państwu to omówić.

Dlaczego o tym mówię? Ponieważ nie wystąpiłam o dom, bo wymogi były niemożliwe do spełnienia. Proszę państwa, ode mnie chcieli milion złotych zabezpieczenia, do tego wszystkiego pacjenci tylko po leczeniu szpitalnym, do tego tylko 50% kobiet i 50% mężczyzn, a chciałam powiedzieć, że bardzo niechętnie panowie przychodzą na leczenie, głównie są to kobiety, więc to był problem bardzo duży. Poza tym wiele różnych spraw, których nie dało się załatwić. A co jest najważniejsze, prezydent Poznania – z którym jesteśmy w bardzo dobrych kontaktach i ludzie z urzędu nam pomagają – ani też wojewoda, czy marszałek – żaden nie był w stanie zapewnić, że za dwa lata będą mogli przez następne trzy lata prowadzić tę działalność. Ale ponieważ uważam, że to jest konieczne, zaczęłam już to wszystko prowadzić.

Wyniki mam dobre, może nie u wszystkich pacjentów, gdyż są pewne choroby, w których nie możemy czekać. Tu jest bardzo ważna diagnostyka, bardzo ważne, żeby ci pacjenci jak najszybciej dostawali się do poradni geriatrycznej, byli diagnozowani. Mamy kilka osób, w których przypadku nie osiągamy spektakularnych wyników, a to jest związane z tym, że za późno zaczęliśmy rehabilitować tych pacjentów. Proszę państwa, mam siłownię, salę gimnastyczną i to wszystko jest w jednym miejscu, w hospicjum. Dlatego uważam, że takie poradnie i tego typu działanie, takie domy opieki, ja to nazywam dzienny prawie-szpital, powinny być już przygotowywane. Wydaje mi się, że nie możemy czekać dwa lata, aż ten program i dom będzie już przygotowany, bo powinniśmy już wiele rzeczy robić. Myślę, że możemy już poprowadzić takie domy w ramach WIGORU. Tylko trzeba by po prostu zwiększyć liczbę specjalistów medycznej opieki. Bo bez lekarza… Proszę państwa, mój najstarszy pacjent w tej poradni ma 92 lata, bardzo sobie chwali te nasze działania. I chciałam powiedzieć, że nie mogę tych pacjentów przyjmować bez badania lekarskiego, nie mogę się oprzeć tylko na badaniu, powiedzmy, innego lekarza, ja muszę sprawdzić. Poza tym każdy pacjent ma indywidualnie przygotowywany program ćwiczeń.

Wydaje mi się, że dobrze by było, nie czekając, już rozszerzyć WIGOR i rozszerzyć ewentualnie ASOS, żebyśmy mogli w ramach ASOS też pewne rzeczy wykonywać. Dlatego bardzo o to proszę, ponieważ, jak już powiedziałam – to jest bardzo ważne, nie możemy czekać. A wyniki są takie, że warto spróbować. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję pani doktor. Z tego co wiem, ASOS i WIGOR to drugi punkt naszego programu. Jeszcze pani poseł Andżelika Możdżanowska.

**Poseł Andżelika Możdżanowska (PSL):**

Bardzo dziękuję. Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, zaproszeni goście, szanowne panie minister. Bardzo dziękuję za tę pogłębioną informację. Wiem, że w następnym punkcie będzie omawiany projekt Senior-WIGOR, ale tak bardzo mi się to łączy z programem pilotażowym DDOM. Domy Senior-WIGOR we współpracy z samorządami również były pilotażem w pierwszym roku funkcjonowania. Chciałam zapytać zarówno panią minister z MRPiPS, jak i panią minister z MZ – czy są planowane w jakichkolwiek projektach realizacje pomysłów w zakresie wzajemnej współpracy, czy indywidualnego przedsięwzięcia? Czy są może pomysły nakierowane na współpracę szpitali powiatowych w zakresie wsparcia opieki medycznej osób starszych np. z MZ, czy też dalsze tworzenie i funkcjonowanie, realizacje dziennych domów pobytu, jakimi są domy Senior-WIGOR, oparte na wiedzy, opiece, edukacji ale także rehabilitacji?

Wiemy, że 100 tych placówek, które powstały w jednostkach samorządowych, cieszy się ogromnym zainteresowaniem. Dostępność do nich jest co prawda ograniczona, bo tam jest zaledwie po 20 pacjentów. Czy są więc planowane w konkretnych resortach dalsze realizacje tych projektów, albo jakiekolwiek projekty, ale nakierowane właśnie na współpracę z jednostkami samorządów terytorialnych niższego szczebla, np. gminy z MRPiPS, czy szpitali powiatowych z MZ? Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo pani poseł. Teraz pani. Bardzo proszę.

**Radna Dzielnicy Bielany Warszawa Renata Banasiak:**

Proszę państwa, nazywam się Renata Banasiak. Jestem radną dzielnicy Bielany, również członkiem Dzielnicowej Rady Seniorów. Jako radna chciałabym poprzeć bardzo posła Michała Szczerbę, ponieważ przychodzą do mnie ludzie, ale to gromadą całą i dzieci starszych ludzi, i seniorzy i mówią, że sytuacja, jeśli chodzi o opiekę nad ludźmi starszymi w rodzinach jest ogromnie trudna. Córka, zięć czy syn musi iść do pracy, to są na ogół ludzie po czterdziestce, muszą wyjść z domu, a nie mają kogo zostawić. Jestem prezesem Stowarzyszenia „Vis Major" i nasze stowarzyszenie przejęło opiekę nad osobą z osiedla Rudy, która nie może wyjść z domu. Matka krzyczy, ból jest tak ogromny i my przychodzimy i mamy tam dyżury. Finansowo nie każdego stać na opiekę, na pielęgniarkę, na inną panią, która chce posiedzieć przy matce i zaopiekować się. Wiemy, jak to wygląda. Moje pytanie jest takie – czy rzeczywiście można odliczyć od podatku te poniesione koszty? To jest bardzo ważne, żeby zachęcić tych ludzi, żeby oni odpoczęli wreszcie. Ja jestem teraz w takiej sytuacji i widzę, że pani wróciła ze szpitala, bo ją wyrzucili, bo już była za długo i córka musi się opiekować, a córka ma wykłady, pracuje i musi wyjść z domu. To jedna sprawa.

Druga sprawa, to wyrzucanie starszych ludzi z domów, proszę państwa. Przewodniczę komisji lokalowej i często na dyżur przychodzą ludzie, którzy mają chorobę Alzheimera, zapominają płacić za mieszkanie, nie, że nie mogą, zapominają po prostu. I są wyrzucani po dwóch, trzech latach, bo się nalicza odsetki i wówczas tracą mieszkanie, i na bruk. Zwróciłam się o pomoc, żeby dać niesłusznie wyrzuconej pani na osiedlu Ruda mieszkanie w hoteliku u pana Ikonowicza. Pomógł mi, bo zwracałam się wszędzie. Proszę państwa, ratujmy tych ludzi.

W gminie Bielany, jeżeli chodzi o opiekuna społecznego, który by poszedł coś załatwić – mamy asystentów rodzinnych, opiekun się znajdzie, jeżeli się zwrócę i poproszę, że do tej pani trzeba. Ale to nie na tym polega. To jest jednorazowa historia. Ci ludzie padają na chodniku, są sami, trzeba im jakoś pomóc. I dlatego też zwracam się do pani minister zdrowia, żeby pomyśleć tak od serca o tych starszych ludziach. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo pani. Proszę, pan profesor Janusz Szymborski.

**Członek Rządowej Rady Ludnościowej Janusz Szymborski:**

Pani przewodnicząca, bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Chciałbym się podzielić dwiema sprawami. Pierwsza, to jest wrażenie, które odniosłem po przeczytaniu dokumentów ministra zdrowia, ministra rodziny, pracy i polityki społecznej. Tam był jeszcze trzeci dokument, który przeczytałem z przyjemnością, mianowicie ministra rozwoju. Lektura tych dokumentów i również wysłuchanie wypoiwiedzi na dzisiejszym posiedzeniu Komisji utwierdza mnie w takim od dawna już utrwalonym przekonaniu, że współpraca międzysektorowa, współpraca międzyresortowa w odniesieniu do osób starszych, zwłaszcza tych, które są niesamodzielne, to nie musi być idealne rozwiązanie. Cały czas myślę o mariażu polityki społecznej i polityki zdrowotnej. Mam takie wrażenie, że tu aż się prosi integracja polityki społecznej i polityki zdrowotnej. Międzysektorowość oznacza, że robimy coś osobno, a można by chyba większe efekty uzyskać, integrując się. To jest jedno wrażenie.

Druga sprawa – ogromnie dziękuję za docenienie tych osób, które są nazywane nieformalnymi opiekunami. Jest ich przecież zdecydowana większość. Może państwo nie wiedzą tego, więc powiem dwa zdania na temat najnowszych informacji Głównego Urzędu Statystycznego. Co szósta dorosła osoba w Polsce udziela opieki lub pomocy osobie przewlekle chorej, niepełnosprawnej lub w zaawansowanym wieku. Co szósta. W większości są to najczęściej osoby w wieku 50-59 lat. Udziela pomocy i opieki wyłącznie członkom rodziny $^3/_4$ z nich. Ja się tak zastanawiam, czy ta ¼ to nie jest aż, bo to aż ¼ udziela pomocy jednocześnie osobie bliskiej i osobie z sąsiedztwa, albo wyłącznie osobie z sąsiedztwa. Rysuję ten obraz opiekunów nieformalnych jako też pewnego potencjału do wykorzystania.

Tu chciałbym skorzystać z okazji i poprzeć starania ministra rodziny, pracy i polityki społecznej w pewnym sporze z ministrem finansów w odniesieniu do traktowania tych opiekunów nieformalnych. Jestem absolutnie za tym szerszym podejściem do nich, tzn., gdy podopieczny odejdzie z tego świata, ci opiekunowie powinni mieć zagwarantowany albo zasiłek dla bezrobotnych, albo zasiłek opiekuńczy w takim szerszym ujęciu, jak to forsuje minister rodziny, pracy i polityki społecznej. Ale zwracam uwagę na tę ogromną liczbę ludzi, którzy często już mają serdecznie dosyć, ale być może po pewnym czasie, po jakimś odpoczynku, gdy już przestali się z przyczyn naturalnych opiekować osobami bliskimi, może to jest pewien potencjał do wykorzystania dla świadczenia opieki i pomocy długoterminowej w środowisku lokalnym? Trzeba by się przyglądnąć tej grupie osób.

Już na koniec. Mężczyźni i osoby mieszkające na wsi udzielają pomocy i świadczą opiekę praktycznie tylko w rodzinie, a kobiety i mieszkańcy miast, zwłaszcza większych miast znacznie częściej udzielają opieki także osobom spoza rodziny. To jest bardzo interesujące nie tylko z takiego poznawczego punktu widzenia, ale może bardziej z utylitarnego, żeby przyglądnąć się tej masie osób pod kątem pewnego potencjału opiekuńczego. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo, panie profesorze. Jeszcze pani doktor Irena Ostrowska, związek emerytów, rencistów i inwalidów.

**Przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów Elżbieta Ostrowska:**

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo. Chciałabym nawiązać do wątków, które już się tu pojawiły w dyskusji, mianowicie opieki nad osobami niesamodzielnymi, ale nie instytucjonalnej, tylko sprawowanej w domu przez bliskich. Najpierw, jeśli można, taka ogólna refleksja. Opieka długoterminowa jest bodajże najtrudniejszym obszarem polityki senioralnej czy szerzej polityki społecznej i to najtrudniejszym nie tylko ze względu na brak rozwiązań systemowych, niepodejmowanie działań, ale przede wszystkim z uwagi na rosnącą dysproporcję między potrzebami a możliwościami ich zaspokajania.

Wydłużanie życia, którego jesteśmy świadkami, z którego, i słusznie, jesteśmy dumni, oznacza w istocie również wydłużanie starości, ze wszystkimi tego konsekwen-

cjami. I ten bardzo dynamiczny wzrost liczby osób starszych częściowo lub całkowicie niesamodzielnych kreuje ogromne zapotrzebowanie na usługi zarówno opiekuńcze, jak i usługi specjalistyczne, medyczne. Jest to tendencja, która, jeśli wierzyć prognozom demograficznym, będzie się w najbliższym czasie nie tylko utrzymywała, ale również pogłębiała. W tej chwili chyba nawet nie wiemy dokładnie, ile jest osób niesamodzielnych potrzebujących pomocy. Przeglądając różne opracowania trafiłam na szacunki mówiące o liczbie od miliona do dwóch milionów takich osób. Nie wiemy, która liczba jest prawdziwa. Pani minister zdrowia, pani minister rodziny, pracy i polityki społecznej mówiły przede wszystkim o opiece instytucjonalnej, ale znaczna część, sądzę, że większość – tu znowu są szacunki: 60-70% osób starszych niesamodzielnych jest zdana na opiekę swoich bliskich, też już zazwyczaj niemłodych ludzi. Ten nakaz opieki nad niesamodzielnym, starym ojcem, matką, krewnym jest bardzo głęboko zakorzeniony w naszej tradycji i kulturze i bardzo dobrze, że taki nakaz jest, że jest, przepraszam za duże słowo, imperatyw moralny. Jednak tempo życia, styl życia sprawiają, że młode rodziny ulegają tak daleko idącym zmianom, że sprostanie temu wymogowi, imperatywowi jest niesłychanie trudne, a dla wielu rodzin chyba wręcz niemożliwe.

W opracowaniu MRPiPS znalazło się stwierdzenie, że większość ankietowanych osób deklaruje, że sprawuje tę opiekę nad bliskim w domu nie z wyboru, ale z konieczności, wobec braku dostępnych miejsc w placówkach opieki. Osoby opiekujące się swoimi niesamodzielnymi bliskimi są obarczone ogromnym ciężarem, proszę państwa. To nie jest pomoc, to jest często całodobowa opieka nad osobami z demencją, alzheimerem, nieruszającymi się z fotela czy z łóżka i tak dalej. Opiekują się nimi często kosztem własnego zdrowia, kosztem własnych ambicji zawodowych, kosztem drastycznego obniżenia statusu materialnego całej rodziny. Tutaj padały pytania o możliwość odpisywania od opodatkowania wydatków związanych z opieką. Tak, jest to na pewno bardzo celowe.

Jednak myślę, że potrzebna jest jeszcze inna forma wsparcia. Być może tym osobom opiekującymi się swoimi zniedołężniałymi bliskimi potrzebne jest wsparcie psychologiczne. Może potrzebne są jakieś urlopy regeneracyjne, które umożliwiłyby im zregenerowanie własnego zdrowia, aby mogli podołać tym ogromnym obowiązkom, które na nich ciążą. Rodziny, które opiekują się swoimi bliskimi, nie mogą być pozostawione same sobie, tak jak jest często w tej chwili, bo po prostu nie udźwigną tego ciężaru. I to jest problem nie w skali rodziny, ale w skali społecznej.

Myślę, że rozwój usług medycznych świadczonych w domu mógłby być też pewną formą wsparcia dla tych bliskich, bo dawałby im parę godzin na podjęcie pracy zawodowej w ograniczonym zakresie, na odpoczynek. Stąd mój postulat pod adresem odpowiedzialnych resortów – proszę pochylić się nad tym zagadnieniem, nad wsparciem rodzin opiekujących się swoimi zniedołężniałymi bliskimi, bo w dającej się przewidzieć perspektywie czasowej nie będziemy mieć tyle miejsc w domach stacjonarnej opieki, żeby wszyscy potrzebujący znaleźli tam miejsce. I chyba by nie było to też takie ludzkie, żebyśmy wszystkich starszych tam usuwali. Póki jest to możliwe, póki rodzina przy odpowiednim wsparciu może się zająć swoim bliskim, jest to chyba najlepsze rozwiązanie – takie starzenie się w domu, w swoim środowisku, wśród bliskich. Dlatego bardzo bym prosiła o uwzględnienie tego elementu, tego wspierania rodzin w całej polityce wyznaczania celów i kierunków rozwoju opieki długoterminowej.

I zupełnie już na koniec chcę wyrazić ogromną satysfakcję, że Komisja Polityki Senioralnej zajęła się tym bardzo trudnym tematem i głęboko wierzę, że nie jest to incydentalne, że Komisja również w następnych latach będzie się przyglądała sytuacji w tym zakresie, monitorowała, zgłaszała wioski i postulaty, które ułatwią życie i osobom niesamodzielnym, i ich opiekunom, zarówno instytucjonalnym, jak i pochodzącym z najbliższej rodziny. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani Teresa Bojanowicz, uniwersytet trzeciego wieku. Bardzo proszę.

**Słuchaczka UTW Teresa Bojanowicz:**

Dziękuję bardzo. Dzień dobry państwu. Zostałam przedstawiona: Teresa Bojanowicz, UTW. Podzielam satysfakcję i podziękowanie Komisji za podjęcie tego problemu. Ale chciałabym spojrzeć na sprawę z troszkę innego punktu widzenia niż moi przedmówcy. Otóż fantastycznie byłoby, gdyby się udało większą część zamierzeń istotnie realizować. Ludzie, wobec których mamy przeróżne obowiązki, a także zwyczajną ludzką powinność i wdzięczność, mieliby się lepiej, a i my z nimi też. Do realizacji każdego, najbardziej ambitnego programu potrzebne są m.in. dwa istotne elementy – kim i za co. Za co – trochę w drugim punkcie dzisiejszego spotkania, jak myślę, będziemy mówili. A kim? W przedłożonym materiale państwo informują o rzeczywiście ogromnej pracy włożonej w kształcenie lekarzy, pielęgniarek, opiekunów medycznych i innych koniecznych do tego problemu specjalności. I cześć państwu, i chwała, bo niektóre rzeczy po prostu odrabiacie za wielu poprzedników. Ale czy państwo również monitorują podjęcie przez tych ludzi pracy?

Na ósmej stronie materiału mamy informację o asystentach medycznych oraz ich zatrudnieniu. W latach 2013-2015 co roku pracuje w placówkach ochrony zdrowia, według podstawowego miejsca zatrudnienia, po 50% wykształconych ludzi. Tylko 50%. Gdzie to drugie 50% nie podjęło pracy z różnych powodów? W każdym razie to kształcenie jest niecelowe, a pieniądze zostały zmarnowane. Miejmy nadzieję, że pracują jednak w swoim zawodzie. Jednocześnie słyszymy, że brakuje obsady pielęgniarskiej nawet w szpitalach, gdzieś tam trzeba zamykać oddziały, bo nie ma pielęgniarek.

Zmierzam do tego, że realizatorzy tych programów muszą być też motywowani, żeby chcieć w tym uczestniczyć. Z różnych powodów. Nasi zachodni i północni sąsiedzi są na innym etapie realizacji zabezpieczania potrzeb społecznych swoich społeczności. Wielu naszych ludzi wyjeżdża, tam się zajmując tymi pracami, które są przewidziane dla nich w przedłożonym materiale w przyjętym programie działania ministerstwa.

Sugeruję, proponuję, nie bardzo wiem, jakiej tu użyć formy, żeby mieć na uwadze również ten element. Kształcimy ludzi, wobec tego motywujmy ich tak, żeby chcieli zostać w kraju i żeby im się to opłacało i żeby mieli satysfakcję z tego, co robią. Rozliczną satysfakcję z tego co robią. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo. Pani Marzena Rudnicka, Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej.

**Prezes Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej Marzena Rudnicka:**

Dziękuję bardzo za udzielenie głosu. Chciałam powiedzieć, że niesamodzielność to jest pewien proces i zabrakło mi w dzisiejszej dyskusji spojrzenia procesowego na utratę samodzielności osób starszych i wprowadzenia takich narzędzi, które pozwolą jak najdłużej utrzymać te osoby najpierw w samodzielności, a potem na poszczególnych etapach. Nasz instytut realizował w zeszłym roku w ramach programu ASOS badania jakości świadczonej pomocy w warszawskich domach seniorów, którzy są pod opieką ośrodków pomocy społecznej. Prawie wszyscy seniorzy, którzy są niesamodzielni, powiedzieli, że byli bardzo zaskoczeni tym, że zaczęli być niesamodzielni, co oznacza, że nie byli informowani, że jeżeli mają jakieś urazy, przeszli zabieg i później nie nastąpi odpowiednia rehabilitacja, i na tym łóżku zalegną przez tydzień, to już z tego łóżka nie wstaną. W związku z tym nasuwa się pierwszy wniosek, że brakuje pewnych map drogowych, instrukcji dla opiekunów nieformalnych, rodzin, ale i dla samych seniorów, co robić w sytuacji pewnych zdarzeń incydentalnych, czy jak wcześnie wykrywać pewne zmiany, symptomy, które będą mówiły, że nastąpi pewien proces niesamodzielności.

We Francji, Austrii istnieją takie rozwiązania, że jeżeli senior trafi do szpitala, to zanim zostanie z niego wypisany, podaje mu się instrukcję, co ma robić dalej, czyli gdzie ma się rehabilitować, w którym punkcie i tak dalej oraz sprawdzane jest jego mieszkanie, czy ono jest pozbawione barier architektonicznych, czy pacjent będzie mógł w nim funkcjonować i zwyczajnie z niego wyjść. Tak wydane pieniądze dają dużą oszczędność. Czyli tu mówimy o społecznej, ekonomicznej stopie zwrotu, czyli mamy jakby pierwszy stopień zdarzeń.

Mamy także opiekunów nieformalnych. Tak jak tutaj powiedziano, większość opieki w Polsce to właśnie rodzina. Ale brakuje wsparcia dla rodziny. Nie mówię tylko o tych mapach drogowych, ale w innym systemie – o szkoleniach i systemach odciążania rodziny od opieki, których także nie ma. Nie było też mowy o twardych narzędziach w opiece, czyli telemedycynie i teleopiece. Te narzędzia pozwalają na świadome opiekowanie się podopiecznym. Czyli znowu wprowadzenie takich narzędzi i rozwiązań, i wsparcia opiekunów nieformalnych może doprowadzić do tego, że senior nie trafi pod opiekę instytucjonalną albo nie trafi pod opiekę całodobową w DPS.

Kolejny stopień, to jest opieka formalna, ale w domu seniora. Prygotowaliśmy jeszcze dosyć duże spotkanie z paniami dyrektorkami ośrodków pomocy społecznej, jak również z firmami, które są podwykonawcami. I wszyscy jednym głosem powiedzieli, że brak kryteriów oceny jakości świadczonych usług jest pierwszą potrzebą do wprowadzenia, dlatego że opiekunki, które są przydzielane do tej opieki, często nawet nie mają żadnego przeszkolenia. To znaczy, czasem one nie potrafią przełożyć osoby z łóżka na wózek inwalidzki, nie potrafią takiej osoby umyć, albo w inny sposób jej pielęgnować, przez co dochodzi do pogorszenia stanu zdrowia i taka osoba w końcu trafia do zakładu opieki leczniczej, bądź DPS.

Namawiam zatem do spojrzenia na osobę niesamodzielną, na opiekę długoterminową jako na proces i na wprowadzenie takich narzędzi w takich miejscach, które po pierwsze, poprawią jakość życia seniora, bo to jest najważniejszy powód, ale też bardzo odciążą finanse publiczne. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani profesor Teresa Wieczorowska-Tobis. Bardzo proszę.

**Stały doradca Komisji Katarzyna Wieczorowska-Tobis:**

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Jestem prezesem Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, jestem byłym konsultantem krajowym w dziedzinie geriatrii i chcę państwu powiedzieć, że to, o czym rozmawiamy… Bardzo cieszę się, że poruszyliśmy temat opieki długoterminowej, ponieważ tu nie ma łatwych i prostych rozwiązań. To jest taki temat, któremu w tej chwili bardzo dużo uwagi poświęca się we wszystkich krajach nie tylko Europy.

Niezwykle ważne jest, że to co widzimy w Polsce w tej chwili, to tak naprawdę jest efekt tego, co demograficznie wydarzyło się w ciągu ostatnich kilkunastu lat, czyli tego, że społeczeństwo się postarzało – mamy bardzo wiele osób starszych – ale tego też, że równolegle nie zwróciliśmy uwagi na to, że zmienił się model rodziny. Że z modelu rodziny wielopokoleniowej, takiej, gdzie jest dużo dzieci i w związku z tym ma się kto starszymi osobami zajmować, w ciągu bardzo krótkiego czasu, kilku lat zmieniliśmy model rodziny na taki, gdzie jest mało dzieci i one często są bardzo daleko. W związku z tym musimy w krótkim czasie znaleźć wiele rozwiązań, odpowiedzi na te wyzwania.

Żyjemy dłużej, żyjemy lepiej, żyjemy sprawniej, ale oczywiste jest to, że nie wszyscy do końca życia jesteśmy sprawni. I rzeczywiście jednym z problemów, bo mówiąc o niesprawności, mimo wszystko mam wrażenie, że koncentrujemy się jednak na niesprawności fizycznej, w geriatrii mówimy o niesprawności funkcjonalnej w zakresie funkcji życiowych. I bardzo ważne jest to, żebyśmy zdali sobie sprawę, że w związku z tym że starzejemy się i jest coraz więcej osób długowiecznych czy długo żyjących, jest i będzie coraz więcej też osób z otępieniem. Dlatego to jest tak naprawdę ogromne wyzwanie – stworzenie opieki dla tych osób, stworzenie wsparcia dla rodzin tych osób. A również ważne jest to, że osoby z otępieniem (mówił pan profesor wcześniej o tym) wymagają opieki międzysektorowej, ponieważ z jednej strony wymagają opieki medycznej i właściwego ustawienia leków, które pozwalają im długo funkcjonować sprawnie w systemie możliwie długo, ale z drugiej strony są to osoby, które są niesprawne i wymagają opieki czy pielęgnacji przez długi czas. Dlatego, kiedy formułujemy te cele, ważne jest, żebyśmy zdali sobie sprawę z tego, że to co dzisiaj widzimy, jest efektem ostatnich kilkunastu lat i tych szybkich przemian, które nastąpiły w naszym kraju dużo szybciej niż w wielu innych krajach. W związku z tym stanęły przed nami te ogromne wyzwania, którym musimy sprostać.

Dotyczą one z jednej strony wsparcia opiekunów nieformalnych, czyli opiekunów rodzinnych po to, aby nadal udzielali wsparcia swoim podopiecznym, ale bardzo ważne jest też to, że zwracamy uwagę na formy opieki półinstytucjonalnej. Czyli to, że widzimy, że między opieką domową nad osobą starszą a instytucją, którą w sektorze ochrony zdrowia jest ZOOL, a w sektorze polityki społecznej np. DPS, że między nimi jest jeszcze taki fragment – opieka półinstytucjonalna, której wsparcie pozwala na utrzymanie samodzielności i dłuższy pobyt osoby starszej w jej środowisku. Myślę, że ten sektor jest niezwykle ważny, w tym sektorze odnajdujemy z jednej strony WIGOR, z drugiej strony te domy, ale bardzo ważne jest też to, żebyśmy tworząc tę opiekę, pamiętali właśnie o tym, że potrzebne jest również np. wsparcie czasowe, takie, gdzie jest opiekun, który cały swój czas poświęca tej osobie niesamodzielnej starszej. Jednak on np. wymaga zabiegu operacyjnego, znika na dwa tygodnie i jest dla niego i dla wszystkich osób wokół niego ogromnym wyzwaniem to, żeby na krótki czas tę opiekę zorganizować. Wśród tych różnych wyzwań na przyszłość również to jest niezwykle ważne. I ważne jest właśnie jest to, że my dzisiaj nad tym się pochylamy i ten temat poruszamy. Bardzo dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Bardzo dziękuję, pani profesor. Jeszcze pytanie? Proszę bardzo.

**Przedstawicielka Warszawskiej Rady Seniorów Maria Lehman:**

Bardzo serdecznie dziękuję. Zabieram głos w związku z wczesną diagnozą, o której mówiła koleżanka z instytutu. Jest pomysł bilansu seniora. Już nie będę szczegółowo o nim mówiła, bo to jest pomysł nasz, ochocki, jestem jego autorką, gdyby kogoś to interesowało, jest to w wczesna screeningowa diagnoza sytuacji życiowej i stanu zdrowotnego osób starszych. Z naszych doświadczeń i z literatury wynika, że powinna ona być robiona około 70. roku życia, ponieważ, co mówił pan poseł, badania PolSenior wykazały, że 70-letnie osoby już w dużym procencie potrzebują jakiegoś wsparcia.

Ze strony psychologicznej bardzo popieram wszystkie wypowiedzi, które mówią o wsparciu dla opiekunów nieformalnych. Za mało jest niestety funduszy na tego typu działania. Są organizacje pozarządowe, które z bardzo dużym przejęciem i zaangażowaniem zajmują się opiekunami nieformalnymi, wszystko to jest bardzo ważne.

Jeśli chodzi o DDOM, jak rozumiem z tego, co zostało powiedziane, z nich mogłyby skorzystać osoby, które są w stanie się tam dostać i stamtąd wyjść. A te osoby, które są w domach, to nie za bardzo będą mogły.

Jest jeszcze jedna informacja. Oczywiście DPS i ZOOL są o wiele droższe niż opieka środowiskowa, o której mówiła moja przedmówczyni. Opieka środowiskowa to też jest olbrzymie wyzwanie dla nas, ale i najlepsze rozwiązanie dla funkcjonowania starych osób: żeby były w domu i miały właśnie opiekę półinstytucjonalną. Serdecznie państwu dziękuję i jeszcze raz polecam nas, psychologów.

Apropos skali Barthel. Oczywiście jest i skala Mini-Mental, równie łatwa do zastosowania, jak skala Barthel. Myślę, że powinno to być wzięte pod uwagę.

Widać w tych materiałach, które nam zostały przedstawione, że w ogóle się nie myśli, powiem ostro, o sferze psychicznej osób starszych, tylko ewentualnie procesy poznawcze wchodzą w grę, ze względu na otępienie, a stany emocjonalności, osobowości w ogóle nie podlegają rozpatrywaniu, jak i to, żeby starsi ludzie żyli, powiedziałabym, w pogodzie ducha, bo to jest najważniejsze. Dziękuję państwu bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo. Dziękuję posłom, dziękuję zaproszonym gościom za pytania.

Mam jeszcze dwa pytania, pozwolę je sobie szybciutko zadać. Z czego wynika zmniejszająca się liczba DPS? Zgodnie z przedstawioną informacją, w 2013 r. wynosiła ona 111, a na koniec 2015 r. tylko 97. I drugie pytanie – czy ministerstwo planuje zwiększenie zasiłku dla osób rezygnujących z pracy w celu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny? I jeszcze mam pytanie do pani minister zdrowia – czy istnieje przewidywany termin powstania projektu wspólnych ram kształcenia dla zawodu zidentyfikowanego w Polsce jako opiekun medyczny?

Dziękuję bardzo, jak powiedziałam, posłom i gościom. I teraz proszę panią minister Bojanowską i panią minister Głowalę o udzielenie odpowiedzi na pytania.

**Podsekretarz stanu w MRPiPS Elżbieta Bojanowska:**

Pani przewodnicząca, szanowni państwo. Pozwolę sobie zacząć od takiej ogólnej refleksji, mianowicie od tego, co było taką perspektywą – że opiekunowie nieformalni, najbliższa rodzina pełnią najważniejszą rolę. W tym systemie to dla nas jest oczywiste, to było spojrzenie z punktu widzenia instytucji takich jak ministerstwo rodziny czy MZ i naszych działań. Jednak rodzina jest tą najważniejszą instytucją, która pomaga i opiekuje się osobami starszymi czy niepełnosprawnymi.

Bardzo chciałam podziękować wszystkim państwu – nie wiem, czy nie pomylę nazwisk – pani Marii Lehman, pani Sabińskiej, tym osobom, które pracowały czy pracują, współtworzą tę politykę senioralną zarówno na najwyższym szczeblu, jak i lokalnym, ponieważ polityka senioralna zaczyna się właśnie tutaj, na dole. Tu jest tworzona. I za ten wkład bardzo serdecznie dziękuję.

Przechodząc do bardziej szczegółowych pytań. Chciałam zwrócić uwagę, że państwo odnoszą się do pojęcia niesamodzielność. A tak naprawdę w polskim porządku prawnym ono nie występuje, nie jest zdefiniowane. Nigdzie nie zostały określone stopnie niesamodzielności. Zrobiły to już np. Czechy, Niemcy, Hiszpania i myślę, że próba zdefiniowania niesamodzielności stoi właśnie przed nami.

Odnośnie do pytań pana posła o centrum usług socjalnych. Owszem, może po raz pierwszy poruszono to w Komisji Polityki Senioralnej, ale to nie jest nowy pomysł i nie nasz, bo to jest pomysł PiS z programu dla tego rządu, w związku z czym to nie jest nic nowego, raczej wskazanie, w jakim kierunku idziemy i w jakim kierunku podążamy. Czyli usługi świadczone na jak najniższym szczeblu szeroko pojmowane, adresowane do różnych grup osób, o różnych potrzebach, na szczeblu lokalnym. Nie jest to zatem sprawa nowa, w tym kierunku będzie szło kształtowanie zarówno polityki senioralnej, jak również innych obszarów. W ogóle zwiększanie świadczenia usług, rozwój usług, pracy na różnego rodzaju potrzeby to jest kierunek, myślę, nieodwracalny.

Co do rozporządzenia. Jest ono w toku prac, ale nie ukrywam, że mamy pewną trudność, która wynika przede wszystkim z bardzo wąskiej delegacji ustawowej. Każdy zna ustawę o osobach starszych, ona jest bardzo… Powiedziałabym, ogranicza się do monitorowania sytuacji, w związku z czym to rozporządzenie też w jakiś sposób będzie mogło tylko wąsko odpowiedzieć na ten problem. Ale rozporządzenie jest jak najbardziej w toku prac resortowych, w uzgodnieniach między departamentami.

Pytanie pani poseł Andżeliki Możdżanowskiej o domy Senior-WIGOR – za moment będę o tym mówiła – w najbliższych dniach, bo jeszcze w kwietniu będzie ogłoszony program na realizację domów dziennego pobytu.

Odnośnie do prac nad nowelizacją ustawy o zatrudnieniu, instytucjach rynku pracy. Tutaj właśnie podejmowane są prace, aby opiekunom, których podopieczni zmarli, ten czas opieki mógł być zaliczany do świadczeń przedemerytalnych, bądź prawa do świadczeń dla osób bezrobotnych. Jest taki projekt i ten projekt jest na etapie prac sejmowych, więc też dajemy tutaj ten element.

Odliczenia od podatku. Z tego co wiem, ale nie chciałabym się za ministra finansów wypowiadać, to raczej nie są prowadzone prace w tym kierunku.

Liczba DPS. Pani poseł, patrzę na tabele i liczba DPS wynosiła 783 w 2013 r., 781 w 2014r. i 783 w 2015 r.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

To przepraszam.

**Podsekretarz stanu w MRPiPS Elżbieta Bojanowska:**

To wszystko z mojej strony. Dziękuję bardzo.

**Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Głowala:**

Pani przewodnicząca, panowie posłowie, szanowni państwo. Odnosząc się do pytania pani Lehman – jeżeli chodzi o opiekę psychologiczną – właśnie jest w uzgodnieniach wewnętrznych dokument dotyczący psychiatrii środowiskowej, który będzie częścią Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Minister Zdrowia w tych dniach powoła zespół, który zajmie się opracowaniem tego dokumentu i myślę, że kwestia psychiatrii środowiskowej zostanie w nim dokładnie przez zespół opracowana. Narodowy

Program Ochrony Zdrowia Psychicznego będzie kompleksowym dokumentem dotyczącym zdrowia psychicznego, więc myślę, że też ta kwestia zostanie w nim uwzględniona. Powtarzam, w najbliższych dniach minister powoła zespół, który opracuje ten dokument i pewnie będą w nim uczestniczyć przedstawiciele środowiska psychiatrycznego, jak i psychologicznego.

Jeżeli chodzi o pytania pana posła Szczerby, jak i innych państwa dotyczące dziennych domów opieki medycznej, szczegółowo na te pytania odpowie pan dyrektor z Departamentu Funduszy Unijnych MZ, więc pozwolę sobie później przekazać mu głos.

Standardy w zakładach opieki leczniczej. Myślę, że w ramach prac nad kompleksowym rozwiązaniem dotyczącym zmian w systemie ochrony zdrowia kwestia standardów w zakładach opieki leczniczej też będzie przedmiotem prac.

Pytania pana doktora, przepraszam, ale nie zanotowałam nazwiska, o ocenę skali Barthel i dodatkowej kwalifikacji przy zespołach otępiennych. Myślę, że zadanie to zostanie uwzględnione w pracach MZ. Dziękuję bardzo za cenne wskazówki, jak najbardziej jesteśmy otwarci na takie głosy.

Odpowiedzi na pytania pani poseł Bukiewicz również udzieli pan dyrektor.

Jeżeli chodzi o ZUS i podatek, czyli odpisy, mogę to samo potwierdzić, że tutaj jest raczej potrzebne stanowisko ministra finansów, bo ta kwestia jest w jego gestii. Niestety również mogę potwierdzić, że nie trwają żadne prace w tym zakresie.

Pytanie pana posła Bańkowskiego. Wykaz ośrodków dla województwa śląskiego, które otrzymają dofinansowanie na domy pomocy medycznej, jak najbardziej udostępnimy.

Pytania dotyczące kształcenia kadr medycznych. Odpowiedzi udzieli pani dyrektor Chmielewska z Departamentu Kształcenia i Szkolnictwa Wyższego MZ. To wszystko. Dziękuję bardzo.

**Zastępca dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich MZ Krzysztof Górski:**

Dziękuję pani minister za udzielenie głosu. Dzień dobry państwu, jestem zastępcą dyrektora w Departamencie Funduszy Europejskich. Nazywam się Krzysztof Górski. Bardzo serdecznie państwu dziękuję za liczne pytania i komentarze dotyczące standardu i konkursu na dzienne domy opieki medycznej. To jakby jest dowód na to, że temat jest istotny i ważny, i żywy w środowisku. Rzeczywiście konkurs dotyczący DDOM był ogłoszony w lipcu ub.r. i był to jeden z pierwszych konkursów w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój, w którego ramach jest finansowane to przedsięwzięcie, i pierwszy konkurs, jaki MZ ogłosiło ze środków unijnych, co też podkreśla wagę tego przedsięwzięcia. Z uwagi na głosy potencjalnych projektodawców termin składania wniosków był stosunkowo długi i upłynął w październiku ub.r. Tak więc od momentu zamknięcia konkursu do ogłoszenia listy rankingowej minęły raptem trzy miesiące. Obecnie jesteśmy na etapie kompletowania dokumentów, co umożliwi podpisanie umów o dofinansowanie. Równolegle trwały analizy z Ministerstwem Rozwoju kwestii związanych z trwałością projektów. Mam nadzieję, że w najbliższych dniach proces ten będziemy finalizowali.

Do konkursu zgłosiło się 148 podmiotów, z czego pozytywną ocenę otrzymało przeszło 55, a w ramach dostępnej alokacji będziemy mogli zakontraktować 41 podmiotów. Ze Śląska jest siedem podmiotów, które kwalifikują się do podpisania umowy. Ta lista jest dostępna na naszej stronie internetowej, ale złożymy też na ręce pani przewodniczącej listę z nazwami, z kwotami wniosków, które otrzymały dofinansowanie.

Jeżeli chodzi o psychologów, to już teraz w standardzie, który będzie wdrażany ze środków europejskich, jest wpisane wsparcie psychologiczne dla pacjentów przebywających w DDOM. Tak, psycholodzy będą na miejscu, jak najbardziej, tygodniowo minimum 10 godzin, podkreślam, to są wymogi minimalne.

Pojawiła się też kwestia związana ze wsparciem edukacyjnym rodzin. Jest to istotny element, który będzie realizowany w DDOM, ponieważ pacjenci, osoby niesamodzielne są bezpośrednimi beneficjentami DDOM. Tymi działaniami w zakresie prowadzenia opieki nad osobą niesamodzielną będą także objęci członkowie rodzin, opiekunowie formalni i nieformalni. Ten komponent był więc zauważony przez nas na etapie projektowania standardu DDOM.

Bardzo dziękuję za ten głos związany ze sposobem kwalifikowania pacjentów. Rzeczywiście jest to tak skonstruowane, że pacjent będzie kierowany przez lekarza prowadzącego leczenie szpitalne, lub przez lekarza POZ, który będzie mógł kierować pacjenta, który w ostatnich 12 miesiącach podlegał hospitalizacji. A my w toku realizacji tego przedsięwzięcia, tych projektów przewidujemy co najmniej dwie ewaluacje – po roku realizacji projektu i na zakończenie. Ten aspekt również będziemy badali, tak samo jak inne aspekty, które były wymagane, jeżeli chodzi o zakres udzielonego wsparcia, o zakres tego standardu.

Państwo podnosili również konieczność współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego. Oczywiście jest to współpraca przez nas jak najbardziej doceniana, współpracujemy z poziomem wojewódzkim w ramach Komitetu Sterującego. Województwa też zarezerwowały środki, które będą służyły deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. Działania, które wypracujemy w ramach pilotażowego przedsięwzięcia, będą upowszechniane m.in. ze środków regionalnych programów operacyjnych.

Mam nadzieję, że udało mi się wychwycić wszystkie państwa pytania, sugestie i uwagi. Jeszcze raz za nie serdecznie dziękuję.

**Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ Katarzyna Chmielewska:**

Dzień dobry. Katarzyna Chmielewska, dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ. Odnoszę się do państwa pytania o kształcenie kadr medycznych, w szczególności jeśli chodzi o zatrudnianie opiekunów medycznych po zakończonej edukacji w systemie opieki zdrowotnej. Monitorujemy tę sytuację w kontekście pewnego niepokoju, jaki tutaj pani wyraziła, który i nam towarzyszy, dotyczącego zatrudniania tych osób w zakładach opieki zdrowotnej, w podmiotach leczniczych. Dzisiaj widzimy, że w podmiotach leczniczych faktycznie zatrudnia się około 50% osób, które zostały wykształcone tylko w jednym roku kształcenia w zawodzie opiekun medyczny. Mamy świadomość konieczności zwiększania i motywowania pracodawców ochrony zdrowia do zatrudniania tych osób w systemie opieki zdrowotnej. Chociaż, monitorując losy tych absolwentów, wiemy, że znajdują zatrudnienie w opiece nieformalnej, czyli poza instytucjonalnymi zakładami opieki zdrowotnej.

Chciałam też państwu powiedzieć, że w Komisji Europejskiej toczą się prace – odpowiadając na pytanie pani poseł – nad wspólnymi ramami kwalifikacji do tego zawodu i są one już finalizowane. Te prace pozwolą na to, aby dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji nabytych w danym państwie członkowskim w tym zawodzie był w sposób automatyczny uznawany w innym państwie członkowskim UE. Możemy się spodziewać, że to pozwoli na swobodny przepływ osób w ramach tego zawodu, znacznie większy niż do tej pory, co nie do końca może być korzystnym rozwiązaniem do Polski. Dlatego Polska nie wyraziła jeszcze takiego zobowiązania do wdrożenia tych ram. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo, pani dyrektor. Jeszcze pan poseł Michał Szczerba.

**Poseł Michał Szczerba (PO):**

Dziękuję za odpowiedzi na część pytań. Do tej pory, pani minister, nie wiem, co to jest centrum usług socjalnych. Jako ideę rozumiem, że to instytucja na poziomie rządowym. Jeżeli można, to prosiłbym o informację na piśmie.

**Podsekretarz stanu w MRPiPS Elżbieta Bojanowska:**

Odpowiem, że jeszcze nie, ale z czasem tak. I chętnie państwu – jeśli będzie już opracowany kompleksowy system – przedstawię koncepcję. Ale myślę, że też to wspólnie dopracujemy z organizacjami pozarządowymi w ramach polityki senioralnej i wtedy jesteśmy do dyspozycji.

Myślę, że sama nazwa, centrum usług socjalnych, już mówi, że usługi są w środowisku lokalnym, na najniższym szczeblu samorządu terytorialnego. Jest to zdefiniowane w aktach najwyższego rzędu, czyli w ustawie, ale jaki zakres, jaka forma, jakie usługi, to dopiero będziemy wypracowywać.

**Poseł Michał Szczerba (PO):**

To czekam, pani minister, na rozwinięcie tego bardzo pozytywnie brzmiącego hasła i liczę, że jako Komisja będziemy mieli okazję w tym zakresie współpracować. Przede wszystkim chciałbym powiedzieć, że to posiedzenie chyba po raz kolejny nam uświadomiło, jak potrzebne są spójne prace związane z opieką nad osobami niesamodzielnymi i w aspektach medycznych, jak i społecznych. To pokazuje, że te dwa systemy funkcjonują obok siebie, a nie ma w dużej mierze tych punktów styczności i liczę na to, że to będzie rzecz absolutnie ważna.

Kolejna sprawa, to jednak wspieranie przez państwo rodziny w jej funkcjach opiekuńczych, ułatwiające godzenie obowiązków opiekuna i pracownika oraz ewentualne rozważenie godziwej rekompensaty z tytułu ograniczenia lub rezygnacji z pracy zawodowej na rzecz sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną w rodzinie. Przypomnę tylko, że w poprzednim rządzie w ustawie żłobkowej wprowadzono rozwiązanie, które w jakiejś mierze ma wpływ też na rynek pracy. Mianowicie, wyjście z szarej strefy osób, które wykonują zawód niani, czyli dofinansowanie niani poprzez ponoszenie przez państwo ubezpieczeń zdrowotnych i społecznych też jest formą wsparcia dla rodziny w innym wprawdzie momencie życia osoby, która tej pomocy potrzebuje, ale wydaje się, że w odniesieniu do osób starszych też powinny się ukształtować pewne rozwiązania, które będą miały charakter kompleksowy. I rzecz absolutnie ważna, żeby określić normę, określić jakość i później dokonywać kontroli, i to nie wyłącznie aspektów formalnych, ale przede wszystkim aspektów merytorycznych, co jest ogromnie istotne.

Kwestią, na którą należy zwrócić uwagę, jest też ograniczenie w zakresie funkcji kontrolnych budżetu rzecznika prac obywatelskich. Ograniczony budżet rzecznika o 10 mln zł na ten rok spowoduje, że rzecznik nie będzie mógł wykonywać krajowego mechanizmu prewencji, czyli kontrolować miejsc takich właśnie jak zakłady opiekuńczo-lecznicze czy też DPS, gdzie osoby przebywają 24 godziny na dobę.

I ostatnia sprawa. Ja bym jednak oczekiwał, żeby MZ nie czekało, aż miną dwa lata od momentu podpisania umów jeszcze niepodpisanych, ale jednak rozpoczęło już prace nad sformułowaniem dużego programu rządowego DDOM. To jest ten element systemu, którego brakuje między opieką w domu, która spoczywa na barkach nieformalnych opiekunów, czyli rodziny, a miejscem już stacjonarnym, czyli DPS i ZOL. Ograniczenie prac przez dwa lata w tym zakresie w oczekiwaniu na wynik pilotażu, który dotyczy tylko 41 jednostek, byłoby czymś absolutnie niewłaściwym i liczę, że w nowej Radzie Polityki Senioralnej, która, mam nadzieję, będzie jak najszybciej powołana, ten aspekt zostanie w jakiejś mierze odpowiednio załatwiony.

Ostatnie trzy zagadnienia, których mi dzisiaj zabrakło, to przede wszystkim wolontariat, pomoc sąsiedzka i jednak rozwój nowoczesnych technologii, o czym chyba będziemy mówić na następnym posiedzeniu Komisji, debatując o teleopiece, telemedycynie, o tym, jak świat nauki i świat innowacji może również wspierać funkcje opiekuńcze, jeśli chodzi o osoby niesamodzielne. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję przedstawicielom rządu za ten pierwszy punkt, przez który przebrnęliśmy. Pokazało nam to jednak, że jest to bardzo ważne, bardzo szerokie i wiele aspektów jest do omówienia. W zasadzie tylko dotknęliśmy tych punktów i teraz trzeba będzie nad nimi pracować. Dziękuję pani minister Elżbiecie Bojanowskiej, dziękuję pani minister Katarzynie Głowali i dziękuję panu dyrektorowi i pani dyrektor. Dziękuję bardzo.

Przechodzimy do omówienia drugiego punktu – informacji na temat stanu realizacji priorytetów i programów dotyczących osób starszych w perspektywie budżetowej 2014-2020. Jeszcze raz poproszę panią minister Elżbietę Bojanowską z MRPiPS, a potem pana ministra Pawła Chorążego z Ministerstwa Rozwoju. Bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w MRPiPS Elżbieta Bojanowska:**

Pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, szanowni państwo. Myślę, że pierwszy punkt łączy się z tym drugim. Ze względu na czas omówię tylko najważniejsze sprawy, bo i tak już wcześniej rozmawialiśmy na posiedzeniach Komisji o tych programach. Mianowicie w MRPiPS realizowane są następujące programy: rządowy Program na rzecz

Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014-2020, którego celem jest poprawa jakości i poziomu życia osób starszych, w celu godnego starzenia się przez wymiar aktywności społecznej. Elementami priorytetowymi w tym programie są: edukacja, integracja wewnątrz- i międzypokoleniowa, partycypacja osób starszych w życiu społecznym, czy też czwarty, na co zwracaliśmy uwagę, usługi społeczne. Budżet, który jest zagwarantowany w ramach tego programu do 2020 r., to 280 mln zł, czyli na poszczególne lata po 40 mln zł. Zwrócę uwagę, że w edycji 2015r. w I projekcie przyznano dofinansowanie 152 projektom, w II priorytecie 198, w III projekcie 58 i w IV projekcie 61 projektom. Liczba beneficjentów w programie 2014 r., do których dotarł 4ASOS wynosiła ponad 350 tys., a w 2015 r. ponad 285 tys. Aktualnie trwa nabór wniosków, kończy się 15 kwietnia. W tegorocznej edycji programu w porównaniu do ubiegłych lat zmianie uległa alokacja środków w poszczególnych priorytetach w ramach budżetu dedykowanego. Zmiana ta dotyczyła zwłaszcza zwiększenia środków przeznaczonych na realizację zadania w priorytecie IV, czyli w usługach społecznych, gdzie zwiększyliśmy środki z 15 do 40%. Myślę, że to jest akurat odpowiedź na to wszystko, o czym mówiliśmy w pierwszym punkcie, jak ważny jest rozwój wszelkiego rodzaju usług na szczeblu lokalnym, czy to usług profesjonalnych, czy usług świadczonych w ramach samopomocy sąsiedzkiej czy przez różne grupy wolontariatu. Te usługi to oczywiście zarówno usługi zdrowotne, edukacyjne, kulturalne, rekreacyjne, szeroko definiowane i pojmowane usługi w zależności od potrzeb, ale także od możliwości osób starszych, czy też umożliwienie im korzystania z usług asystenckich w domu i poza domem, jak też umożliwienie korzystania z usług opiekuńczych.

Drugi program, o którym też już wspomnieliśmy, to program wieloletni Senior-WIGOR powołany uchwałą z 17 marca 2015 r. Wielkość środków z budżetu państwa na realizację programu w 2015 r. wynosiła 21 mln zł. Przyjęto, że w pierwszym roku z placówek będzie korzystało średnio po około 20 osób. Program w zeszłym roku objął swoim zasięgiem wszystkie województwa, oczywiście udział jednostek samorządu terytorialnego był dobrowolny. Jak się przedstawiają finanse w 2016 r.? Zaplanowane jest w budżecie 40 mln zł, w 2017 r. 60 mln zł, w 2018 r., 2019 r. i w 2020 r. po 80 mln zł. W edycji 2015 r. złożono 134 wnioski, zrealizowano 98 ofert. W 2017 r. jest planowana rewizja tego programu. Obecnie trwają prace, one są już na ukończeniu, i w najbliższych dniach będzie ten program ogłaszany. Będą w nim występowały dwa moduły, pierwszy to utworzenie, wyposażenie i bieżące utrzymanie domu, a drugi moduł dotyczy bieżącego funkcjonowania istniejących już w ub. r. domów, które powstały po pierwszej edycji programu.

Kolejny program to „Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+”. Zdaje się, że on był tematem obrad poprzedniego posiedzenia Komisji, więc może powiem tylko kilka zdań. Program „Solidarność pokoleń” został przyjęty przez Radę Ministrów w 2008 r. i ma być realizowany do roku 2020. Jego podstawowym celem jest osiągnięcie wskaźnika zatrudnienia dla osób w wieku 55-64 lata na poziomie 50% w 2020 r. Wspomnę tylko, że w 2008 r. wskaźnik ten wynosił 31,6%, na koniec 2015 r. wzrósł do 45,8%. Trzeba zwrócić uwagę, że ten program sam w sobie nie inicjuje zadań, ale jest zbiorem zadań opracowanych i wykonywanych przez poszczególne instytucje i jednostki realizujące cele programu. Adresowany bezpośrednio do osób 50+, ale także młodszych, a mianowicie w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych nawet do bardzo młodych, dla których istotnym problemem jest godzenie pracy zawodowej z życiem rodzinnym. W materiale są bardziej szczegółowe informacje.

Wspomnę na koniec o projekcie systemowym, a mianowicie wyrównywaniu szans na rynku pracy osób 50+, który był realizowany od 2010 r. do czerwca ub.r. Jego celem była promocja aktywności kobiet i mężczyzn w wieku 50+ oraz promocja działań na rzecz przedłużenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+.

Kończąc ten wątek, chciałam zwrócić uwagę na priorytety. Ciągle podkreślam, że takim ważnym priorytetem jest rozwój szeroko rozumianych usług społecznych dostosowanych do potrzeb i możliwości osób starszych. Polityka społeczna wobec osób starszych, jak i starzejącego się społeczeństwa musi uwzględniać zarówno warunki dla zaspokajania potrzeb tych osób, dla kształtowania odpowiednich relacji międzypokoleniowych, ale także solidarności międzypokoleniowej, jak też zapobiegania margina-

lizacji osób starszych. W związku z tym te działania, które mają się do tego przyczyniać, to po pierwsze, zapobieganie i spowalnianie procesu utraty samodzielności, czyli niedopuszczanie do niesamodzielności. Zły stan zdrowia jest bowiem tym czynnikiem, który powoduje powstawanie społecznych nierówności. Tej sytuacji należy zapobiegać. To, co mówił pan poseł Szczerba, wskazując na badania PolSenior (wszystkie badania to pokazują), że stopień niepełnosprawności rośnie dramatycznie wraz z wiekiem. Po 75. roku życia następuje szczególny wzrost liczby osób niepełnosprawnych. Po drugie, takim elementem, który jest ważny, jest potrzeba wprowadzenia zmian w wielu obszarach społeczno-gospodarczych, w aktach prawnych, ale także zmiany w sferze świadomości społecznej. Ważny jest rozwój zarówno telemedycyny, jak i teleopieki. Myślę, że to jest alternatywa dla pewnych rozwiązań w systemie opieki czy też wspomagania. I to, co ciągle podkreślamy, że jest bardzo ważne jak najdłuższe pozostawanie osób starszych w ich miejscu zamieszkania i właśnie obudowywanie różnego rodzaju usługami w zależności od ich potrzeb oraz możliwości. To wszystko w bardzo dużym skrócie. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję, pani minister za zaktualizowanie informacji przedstawianych na wcześniejszym posiedzeniu Komisji, informacji dotyczących realizacji programu ASOS i programu Senior-WIGOR. Nie ukrywam, że w moim mniemaniu oba te programy wymagają dopracowania w sprawach regulaminowych, żeby z roku na rok coraz większa liczba beneficjentów mogła z nich korzystać. Razem z realizowanymi przez ministerstwo programami „Solidarność pokoleń" oraz z wyrównywaniem szans na rynku pracy dla osób 50+ są to działania mające potencjał do wprowadzenia zmian, przekładających się na poprawę jakości życia seniorów oraz godnego starzenia się.

**Podsekretarz stanu w MRPiPS Elżbieta Bojanowska:**

Myślę, że dla nas wszystkich nie ulega wątpliwości, że kiedy wprowadzamy programy, to jest ten okres, kiedy je testujemy przyglądamy się im, doświadczamy ich i po tym okresie musimy je modyfikować, ulepszać i bardziej dostosowywać do tego, co jest ważne dla naszych potrzeb. We wszystkich programach jest przewidziana taka rewizja.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo. Teraz poproszę pana ministra rozwoju Pawła Chorążego o zabranie głosu.

**Podsekretarz stanu w Ministerstwa Rozwoju Paweł Chorąży:**

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Szanowne panie i szanowni panowie posłowie, szanowni państwo. Postaram się krótko powiedzieć o kwestiach związanych z perspektywą unijną 2014-2020, skracając te wątki, które są nieistotne z punktu widzenia dzisiejszego spotkania, a koncentrując się głównie na tych elementach, które były też przedmiotem wcześniejszej dyskusji. Można powiedzieć, że tradycyjnie środki unijne w poprzednich perspektywach skupiały się przede wszystkim na tych obszarach, czy może na tych grupach, bo mówimy bardziej o grupach osób, które były w wieku aktywności zawodowej, bądź potencjalnie mogły wydłużać aktywność zawodową. Dlatego też np., gdy pani minister Bojanowska mówiła o programach ASOS czy Senior-WIGOR, to tworzono je komplementarnie w ramach programów unijnych przede wszystkim dla tych grupach, które już wyszły z aktywności zawodowej.

Może ten wątek zostawię na boku, a bardziej skupię się na tych elementach, które są w nowej perspektywie 2014-2020, a nie były do tej pory mocno obecne przy wdrażaniu środków unijnych. Pierwszy element to tzw. aktywne i zdrowe starzenie się związane przede wszystkim z programami profilaktycznymi, programami zapobiegania wypadaniu z rynku pracy, ale w dużej mierze skoncentrowanych na aspektach zdrowotnych, często łączonych z innymi aspektami. Na poziomie krajowym i regionalnym realizujemy przede wszystkim programy profilaktyczne, skoncentrowane na przeciwdziałaniu wypadania osób z rynku pracy.

Kolejny obszar, który w największym stopniu koreluje z tym, o czym była mowa wcześniej, to tzw. przejście do deinstytucjonalizacji, czyli rozwój usług opiekuńczych świadczonych w środowiskach lokalnych w formach środowiskowych. W perspektywie lat 2014-2020 wsparcie jest rozbite na programy na poziomie krajowym i regionalnym.

Na poziomie krajowym jest to przede wszystkim wypracowywanie standardów. I gdy np. była mowa w trakcie wcześniejszych wypowiedzi, że brakuje jakiegoś standardu, to wiele tych obszarów, o których państwo mówili, jest przedmiotem prac resortów zaangażowanych w Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER), czyli MRPiPS, MZ, MR, a na poziomie regionalnych programów operacyjnych to przede wszystkim poprawa dostępu do bardzo szeroko rozumianych usług opiekuńczych. I tutaj w kilku zdaniach powiem o tych rzeczach, które się pojawiały… że może czegoś brakuje. Wsparcie w programach regionalnych jest koordynowane z poziomu centralnego za pomocą wytycznych, wydawanych przez ministra rozwoju. I może dwa przykłady tego, co jest możliwe do realizacji ze środków unijnych.

Państwo w toku wcześniejszej dyskusji podkreślali bardzo mocno brak możliwości wsparcia dla osób, często z rodziny, które rezygnują z pracy zawodowej, aby zajmować się osobą starszą; ci opiekunowie, można powiedzieć kolokwialnie, nie mają chwili oddechu od tego wysiłku. Zgodnie z wytycznymi programów regionalnych, możliwe są różnorakie działania adresowane do osób sprawujących opiekę, i to nie muszą być opiekunowie formalni, to mogą być także członkowie rodzin, którzy rzeczywiście sprawują opiekę i są opiekunami faktycznymi. Oprócz wsparcia w celu podnoszenia ich umiejętności i kwalifikacji, w wytycznych wymienia się też kwestie związane z poradnictwem, w tym również poradnictwem psychologicznym, możliwość korzystania z informacji na temat możliwości wsparcia i utworzenia miejsc krótkookresowego pobytu w zastępstwie opiekunów faktycznych, tak żeby oni mogli uzyskać właśnie tę chwilę wytchnienia w formie pobytu całodobowego, jak i pobytu dziennego. Możliwe jest także finansowanie usługi asystenckiej lub opiekuńczej właśnie w celu umożliwienia osobom, które sprawują faktyczną opiekę, funkcjonowania społecznego, zawodowego lub edukacyjnego. Nie chcę stwarzać przed państwem iluzji, że te rozwiązania mają charakter systemowy, bo one oczywiście są powiązane z możliwością finansowania w programach regionalnych, niemniej takie możliwości istnieją.

W programach regionalnych możliwa jest także realizacja projektów z wykorzystaniem nowoczesnych technologii informacyjnych, komunikacyjnych, czyli telemedycyny w usługach opiekuńczych, teleopieki, systemów przywoławczych.

Uzupełnieniem tych działań – o czym chyba w pierwszej części wspomniała pani minister Bojanowska – są standardy na poziomie krajowym. Z naszej obserwacji i oceny w MR wynika, że w dużej mierze środki unijne są, można finansować pewne rzeczy. Ale niewątpliwie problemem, co też państwo sygnalizowali, jest jakość, monitorowanie tych usług, świadczenie ich w dobrej jakości. Temu przede wszystkim mają służyć działania podejmowane z poziomu centralnego.

I wreszcie ostatnia kwestia, o której chciałbym powiedzieć, uzupełniając materiał. W państwa wypowiedziach pojawiała się też sprawa koordynacji usług i działań pomiędzy różnymi resortami. W tej chwili została rozstrzygnięta pierwsza część konkursu adresowanego do osób cierpiących na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne, koordynującego system opieki zdrowotnej z różnego rodzaju usługami społecznymi w ramach tzw. innowacji społecznych realizowanych przez MR. W trakcie wcześniejszych państwa wypowiedzi szybko sprawdziłem dane: na 17 projektów mamy przynajmniej dwa zakwalifikowane do realizacji, które zajmują się właśnie koordynowaniem opieki środowiskowej dla osób z chorobami otępiennymi. Oba są realizowane w województwie kujawsko-pomorskim. Co ważne, w wymogach konkursu, które były przygotowywany we współpracy trzech resortów, pojawia się nie tylko kwestia prewencji i przejścia do opieki środowiskowej, co, można powiedzieć, w tym głównym nurcie jest mniej związane z tematem prac tej Komisji. Jednak w przypadku chorób i zaburzeń psychicznych to jest pełne przejście do opieki środowiskowej zgodnie z najlepszymi standardami w tym zakresie, to jest również zajęcie się osobami właśnie z otoczenia, włączenie ich w proces przejścia tego deinstytucjonalizującego. Myślę, że to też przewijało się w państwa wypowiedziach.

Ile na to mamy środków? Jest ich dużo; to jest też prawo wielkich liczb. Jednak staram się zawsze uświadamiać, że jeśli się powie 800 mln euro na lata 2014-2020, to najpierw wszyscy uważają, że to ogromna kwota. Ale jeżeli to sobie zaczynamy dzielić przez lata, przez liczbę osób i koszty usług, robi się tych środków zdecydowanie mniej.

Można powiedzieć jednak, podsumowując i wpisując się w te głosy, które padły wcześniej ze strony resortów, że te środki zgodnie z paradygmatem deinstytucjonalizacyjnym, który jest bardzo mocno akcentowany w procedurach Funduszy Europejskich, powinny służyć właśnie przede wszystkim skanalizowaniu zmian i stworzeniu systemu. One oczywiście w wielu przypadkach pomogą także osobom indywidualnym, to nie ulega wątpliwości, ale też mam nadzieję, że będą zaczynem tych zmian, o których, mam wrażenie, wszyscy na tej sali marzymy i myślimy.

Państwo zapewne słyszą, że głos mi odmawia posłuszeństwa, więc nie będę państwa dłużej męczył, ale chętnie odpowiem na pytania i komentarze z państwa strony, jeżeli takie się pojawią. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):**

Dziękuję. Szanowni państwo, pani przewodnicząca serdecznie przeprasza, ale musiała na chwilę nas opuścić, bo ma wystąpienie klubowe na sali posiedzeń, przekazała mi prowadzenie naszej Komisji. Chciałbym podziękować…

**Głos z sali:**

Czy mógłby pan się przedstawić?

**Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):**

Sławomir Zawiślak, zastępca przewodniczącej Komisji. Dziękuję serdecznie pani minister Elżbiecie Bojanowskiej i panu ministrowi Pawłowi Chorążemu za przedstawienie ważnego tematu, który, mam nadzieję, będzie ambitnie zrealizowany naszym wspólnym wysiłkiem i spełni społeczne oczekiwania seniorów w tej perspektywie finansowej. Będziemy korzystać ze środków unijnych, ale też zabezpieczonych przez rząd. Na taką współpracę ministrowie na pewno liczą.

Proszę o zadawanie pytań i przedstawianie się. Proszę bardzo, pani po lewej stronie. Przepraszam, nie znam pani nazwiska.

**Słuchaczka UTW Teresa Bojanowicz:**

Dziękuję bardzo. Ponownie Teresa Bojanowicz, UTW. Starannie przeczytałam cały przedłożony nam materiał i myślę, że jest on – najmocniej przepraszam autorów – troszkę skażony nieprecyzyjnym określeniem, kogo mianowicie mamy na uwadze pisząc: osoby starsze, programy dotyczące osób starszych. Mamy nie od dzisiaj problem z określeniem, kto to jest osoba starsza. W przygotowanym przez państwa materiale rzecz dotyczy zarówno jeszcze zatrudnionych 50+, jak już emerytów, oby jak najdłużej, a nawet znalazłam taki passus: zapewnienie lepszego dostępu do bieżącego kształcenia osób w wieku 50+. Myślę, że jest problem z dookreśleniem, zdefiniowaniem, o kim tak naprawdę rozmawiamy. To są grupy wiekowe o zupełnie innym położeniu społeczno-ekonomicznym i zupełnie różnych potrzebach. Warto by było w którymś momencie podjąć jednak ambitny zamiar rozdzielenia na grupy. Ten, który ma swoje lata, ale jest jeszcze zatrudniony i normalnie pracuje, niech tworzy jedną grupę, a ten, co zakończył pracę zawodową i jego potrzeby oraz możliwości ulegają w związku z tym zmianie – niech wchodzi do drugiej grupy. Myślę, że to rozróżnienie pomogłoby uniknąć, przepraszam, nie najlepsze to określenie, ale takiego szamotania się.

Chcę się odnieść do kilku problemów. Pierwszy – w materiale mówi się o tym, że należymy do krajów o najniższym poziomie zatrudnienia wśród osób po 50. roku życia. Jakieś są tego przyczyny, że ludzie nie doczekują do emerytury ustawowej, tylko wcześniej rezygnują z pracy. Bardzo pięknie brzmi zarządzanie wiekiem, inwestowanie w kapitał ludzki, wykorzystywanie potencjału starszych pracowników. Ale adresatem tych haseł nie jest ten pracownik, którego dobrze byłoby zatrzymać z jakiegoś ważnego powodu, tylko jego pracodawca. I o ile można mieć jakiś wpływ, nawet instytucjonalny, na pracodawcę samorządowego i państwowego, o tyle na pracodawcę prywatnego wpływ jest znacznie mniejszy. Piszą państwo, że jednym z najważniejszych z trzech obszarów jest zdrowe starzenie się. Przy doprecyzowaniu, o kim mówimy, kto się mianowicie ma zdrowo i aktywnie starzeć, raczej odnosiłabym to do ludzi, którzy zakończyli pracę zawodową. Byłoby to z korzyścią dla ich własnej rodziny, ale także wspólnego społecznego interesu, wygody i dobra. To my, emeryci, mamy się aktywnie starzeć, zachowując

jak najdłużej mobilność psychofizyczną i intelektualną. Ale nie wiem, czy to dotyczy akurat całej grupy.

Formy wsparcia organizowane w ramach RPO. Piszą państwo: usługi opiekuńcze i specjalistyczne, bytowo-opiekuńcze – to jest druga strona materiału – usługi w mieszkaniach chronionych. A przecież mamy do czynienia i z eksmisją z różnych powodów, i z ludźmi w sprzedanych domach. Ktoś sobie poradzi, ktoś sobie nie poradzi. Wobec tego, jak by obecność państwa w tej materii miała wyglądać?

I ostatnia sprawa. W dwóch przynajmniej miejscach mowa jest o prawie do uczenia się przez całe życie, ze wskazaniem: w sposób formalny, nieformalny i pozaformalny. To jest wszystko bardzo dobrze, jak najdłużej trzeba się uczyć także w systemie pozaformalnym i to jest np. bardzo silny ruch UTW, na tym się głównie koncentruje. Traktujemy tę naukę jako element zachowania sprawności intelektualnej, także psychofizycznej. Nie bardzo jednak sobie wyobrażam, żeby w trybie nieformalnym czy pozaformalnym ktoś zdobywał kwalifikacje mające podnieść jego szanse na rynku pracy.

Ale – wracam do początku – myślę, że gdybyśmy mieli jasność sytuacji, o kim mówimy, o jakich grupach społecznych oraz jasność potrzeb tych grup i ich roli społecznej, byłoby to może łatwiejsze w realizacji i bardziej skoncentrowane na konkretnych warunkach działania. Dziękuję bardzo za uwagę.

**Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):**

Dziękuję serdecznie. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Proszę bardzo.

**Członek zarządu Towarzystwa Inicjatyw Twórczych „ę” Beata Tokarz-Kamińska:**

Dzień dobry, witam państwa serdecznie. Beata Tokarz-Kamińska, Towarzystwo Inicjatyw Twórczych „ę”. Mam pytanie do pani minister Bojanowskiej odnośnie do współpracy z partnerami społecznymi i konsultacji społecznych tych ważnych programów, które ministerstwo realizuje, kolejnych działań, które będą budować krajową politykę senioralną. W nowo tworzonej Radzie Polityki Senioralnej została wykreślona funkcja opiniująca, co nas jako organizacje, które wcześniej były zaangażowane w proces dialogu, bardzo poruszyło. Stąd pojawia się pytanie, czy wykreślenie tej funkcji opiniującej w jakiejś mierze wyłącza nas, jako partnerów społecznych, z dyskusji właśnie nad konkretnymi programami, które będą tworzone?

Senior-WIGOR to bardzo ważny program, z którym samorządy lokalne i organizacje społeczne wiązały bardzo duże oczekiwania. Mam jednak takie odczucie, że w zeszłym roku powstał on bardzo szybko, nie wsłuchując się przede wszystkim w głosy samorządów, i było bardzo wiele głosów krytycznych, że kryteria dostępu samorządów związane chociażby z tymi absurdalnymi warunkami lokalnymi, które były wymienione w Seniorze-WIGOR, sprawiły, że mniejsze miejscowości w żaden sposób nie mogły z niego skorzystać… Właśnie dlatego, wiedząc, że teraz Senior-WIGOR rusza, poprzedni to był pilotaż, a nie zostały przedstawione wyniki ewaluacji tego pilotażu – interesuje mnie ten tryb współpracy z partnerami społecznymi, abyśmy mogli też nasze zdanie przedstawić. Dotychczas w Seniorze-WIGOR całkowicie została pominięta kwestia diagnozy lokalnej, diagnozy potrzeb i diagnozy zasobów, które już są. A myślę, że i DDOM, i Senior-WIGOR muszą bazować na synergii z tym, co jest w danej społeczności, co ma odniesienie do wielkości miejscowości, do tego, co różne sektory zdrowotne, pomocy społecznej zbudowały, i na jakiejś współpracy tych usług. Dlatego chciałabym bardzo włączyć się w prace nad nowym Seniorem-WIGOR i chciałabym poznać tryb przewidywanych konsultacji. I tak samo co do programu ASOS.

Od bardzo dawna podnosimy kwestie, że program, który jest finansowany w skali jednorocznej… Jest kwiecień, projekty mają być zakończone do końca grudnia, a jeszcze oferty nie zostały zebrane. Alokacja została zwiększona na usługi społeczne. Chyba państwo wszyscy wiedzą, że usług społecznych się nie projektuje w trzy miesiące, zwłaszcza że wiele podmiotów po raz pierwszy zaczyna pracę z osobami starszymi i nie zna tej specyfiki. Uważam, szczerze to mówię, że program, który ogłasza się w kwietniu i wymaga się, żeby całe dotacje zostały wydane do końca grudnia, to jest marnotrawstwo publicznych pieniędzy. Jeżeli państwo tego nie zmienią, to cały ten ASOS i wielki pośpiech,

żeby cokolwiek zrobić przez wrzesień, październik, listopad, grudzień… Wiemy, jak to wygląda od kuchni.

Zgłaszam swoją chęć i chęć na pewno wielu osób tu zebranych, aby pracować nad ulepszeniem, usprawnieniem ASOS i także, aby tworzyć przestrzeń, żeby to nie były tylko granty. Bo jeżeli będziemy przyznawać tylko środki na projekty, a nie będziemy zbierać wiedzy, która się gromadzi w wyniku realizacji, nie będziemy tworzyć przestrzeni, żeby organizacje, które realizują projekty…

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Chwileczkę. Bardzo proszę o troszeczkę wytrwałości. Wiem, że możemy się już czuć zmęczeni, ale bardzo proszę.

**Członek zarządu TIT „ę" Beata Tokarz-Kamińska:**

Już podsumowuję. To jest niezwykle ważne, aby pracować w takim systemie, że oprócz grantów jest przestrzeń edukacyjna dla tych, którzy w danym programie uczestniczą i mogą uczyć się od siebie nawzajem, dzielić doświadczeniami, tym bardziej że często są to działania eksperymentalne. Dotychczas tak było, mam nadzieję, że to się zmieni, ministerstwo w żaden sposób tej wiedzy z ASOS nie zbierało. Nie było w ogóle wymiany informacji o tym, co dzięki temu ASOS się dzieje, żebyśmy mądrzej… Co z tego zostało, czego się nauczyliśmy, eksperymentując. Stąd mój duży apel, żeby ten wątek zbierania wiedzy, która zawsze powstaje w toku pracy, wykorzystywać. No i moje pytanie o tryb konsultacji i możliwość współtworzenia nowych odsłon Seniora-WIGOR czy ASOS. O to wnoszę. I o zwrócenie szczególnej uwagi na mapowanie zasobów, tego, co już jest, i społecznych, i z tych różnych sektorów. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać? Bardzo proszę.

**Przedstawicielka Biura Rzecznika Praw Obywatelskich Anna Chabiera:**

Dzień dobry. Anna Chabiera, jestem z Biura Rzecznika Praw Obywatelskich. Mam pytanie do pani minister Bojanowskiej. Porządek spotkania zapowiadał omówienie priorytetów. W założeniach długofalowej polityki senioralnej jest mowa o przygotowaniu i wdrożeniu strategii całościowej, określającej priorytety, cele, zapowiadającej też konkretny plan działania, rozpisany na poszczególne ministerstwa i agendy, które mogłyby to realizować. Myślę, że to by odpowiadało na liczne potrzeby, które zostały tutaj ujawniane, m. in. integracja działań różnych resortów, działania systemowe, zakładając współpracę z partnerami społecznymi. Dlatego chciałam poprosić o informację, jakie są plany ministerstwa, jeśli chodzi o przygotowanie i wdrożenie takich strategii. Dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa się zgłasza? Nie widzę zgłoszeń. Bardzo proszę o udzielenie odpowiedzi przez panią minister Elżbietę Bojanowska oraz pana ministra Pawła Chorążego.

**Podsekretarz stanu w MR Paweł Chorąży:**

Może ja zabiorę głos przed panią minister. Bardzo dziękuję pani Bojanowicz za zwrócenie uwagi na kwestie definicyjne. Bo rzeczywiście jest tak, że w zależności od tego, o czym się mówi, to czasem i 45 lat oznacza, że człowiek już jest starszy, zarówno na poziomie definiowania programów, jak i na poziomie statystyki. Tak naprawdę ten dokument nie jest wolny od tego problemu, o którym pani mówiła. Bo chociażby patrząc na nasze krajowe podwórko. Gdy był tworzony program „Solidarność pokoleń 50+" jednym z wątków dyskusji było to, czy to nie powinien być już program 45+, bo ten, co ma już 45 lat, może nie jest jeszcze seniorem, ale już np. jeśli chodzi o nowe technologie, jest osobą, która ma bardzo podobne problemy jak osoby 20 lat starsze. Jeżeli więc mówimy np. o kwestiach związanych z rynkiem pracy, to na poziomie krajowym posługujemy się właśnie tym 50+. Ale np. w statystykach unijnych (i to jest też gdy mówimy o wskaźniku zatrudnienia) to jest 54,65, albo 54+, w zależności od tego, z jakim wiekiem emerytalnym w danym kraju mamy do czynienia.

Jeśli chodzi o kwestie związane przede wszystkim z aktywnymi formami wspierania na rynku pracy, to jest to 50+ umowne i 54+ statystyczne, jeśli chodzi o patrzenie w statystyki. Przy zdrowym i aktywnym starzeniu się, czyli w tym drugim bloku, znowu przede wszystkim mówimy o osobach pracujących. Tak jak informowałem na początku swojej wypowiedzi, środki unijne bardzo mocno koncentrowały się na kwestiach związanych z obecnością na rynku pracy, bądź przywracaniem na rynek pracy, względnie przedłużaniem aktywności zawodowej. Stąd też np., gdy były tworzone programy operacyjne, mieliśmy bardzo dużo uwag dotyczących tego, dlaczego nie wspieramy takich działań jak ASOS czy WIGOR adresowanych do osób w wieku poprodukcyjnym, pomimo że, wydawałoby się (jeśli chodzi o formy takie jak uczenie się, kształcenie, szkolenie), są tożsame z tym, co jest realizowane w programach unijnych. To wynika przede wszystkim z tego – tak jest również w kwestii zdrowego i aktywnego starzenia się – że one głównie koncentrują się na programach profilaktycznych. Myślę, że byliby państwo zdziwieni, gdyby zobaczyli, że są tam możliwe do realizacji projekty adresowane do osób rozpoczynających pracę, programy profilaktyczne, które odnoszą się do tych chorób zawodowych, które powodują najwcześniejsze wypadanie z rynku pracy. Z tego punktu widzenia to aktywne i zdrowe starzenie się jako prewencja odnosi się do osób bardzo młodych. Nie przychodzi mi w tej chwili konkretny przykład do głowy, żeby to jakoś zilustrować. Ale np. pylica jest chorobą, która się rozwija stosunkowo długo, w takich przypadkach programy profilaktyczne powinny być adresowane do osób zaczynających pracę w trudnych warunkach. I takie też projekty są realizowane tutaj.

Jeśli chodzi o kwestie związane z uczeniem się przez całe życie. Muszę państwu powiedzieć, że w tej chwili trend jest taki, że uczenie się nieformalne jest bardzo mocno promowane, potwierdzanie kwalifikacji, uzyskiwanie kwalifikacji formalnych. Zresztą w końcówce ub.r. Sejm przyjął ustawę o zintegrowanym systemie kwalifikacji, która otwiera tego typu możliwości. Dla ludzi, którzy tak jak ja czy państwo, kończyli studia w normalnym systemie stacjonarnym, pewne zmiany, które zostały obecnie wprowadzone, jak np. w prawie o szkolnictwie wyższym, że na większości kierunków do uzyskania dyplomu wymaga się chyba tylko 40 czy 50% tego, co obowiązuje w formach stacjonarnych, brzmi jak swego rodzaju herezja. Ale w tej chwili jest to już możliwość na większości kierunków akademickich, gdzie można uzyskać potwierdzenie swoich kwalifikacji, w ogóle nie uczestnicząc w zajęciach. Tak samo, gdy mówimy o opiekunach osób starszych o różnych zawodach niemedycznych.

Myślę, że wszyscy państwo byliby w stanie sobie wyobrazić, że wiele tych osób, posiadając bardzo duże doświadczenie, przy spełnieniu pewnych minimalnych wymogów związanych właśnie z teoretycznym przygotowaniem, mogłoby też, bez przechodzenia pełnych cykli, uzyskać prawo do wykonywania zawodu, czy przynajmniej mieć kwalifikacje potwierdzone egzaminem zewnętrznym, bo każdy wielu rzeczy uczy się nie tylko na zajęciach teoretycznych czy, można powiedzieć, formach stacjonarnych. Tutaj akurat to jest coś, co jest trendem. Może już ostatnie…

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Bardzo proszę państwa o słuchanie. Były zadawane pytania, oczekujemy teraz odpowiedzi od pana ministra. Uszanujmy to. Jeżeli kogoś to nie interesuje, to cichutko proszę wyjść. Dziękuję bardzo.

**Podsekretarz stanu w MR Paweł Chorąży:**

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Myślę, że to jest pewna możliwość dla UTW, bo one bardzo często dają edukację na bardzo wysokim poziomie i może być fajne jej uhonorowanie, można powiedzieć, formalnymi kwalifikacjami. To jest tego typu filozofia. Wiedzą państwo, jak bardzo motywuje posiadanie jakiegoś dokumentu. Oczywiście 70-latkowi czy osobie 75-letniej to się pewnie oprócz własnej satysfakcji już się nie przyda w życiu zawodowym, ale wiedzą państwo, co znaczy satysfakcja osobista z osiągnięcia czegoś.

Mieszkania chronione. Rzeczywiście, tam pojawia się to hasło, które nie jest wyjaśnione. Mówimy o różnego rodzaju formach mieszkań wspomaganych, to jest też możliwość, która pojawia się w funduszach unijnych, chociażby przy realizowaniu programów

rewitalizacji. Bardzo mocno podkreślaliśmy przy ich tworzeniu, że one nie powinny tylko sprowadzać się do odnowy jakiejś substancji mieszkaniowej, ale również zmiany jej przeznaczenia. Czyli np. powinny być rozwiązania, które pozwalają na tworzenie w miarę samodzielnych mieszkań, ale również mieszkania z pewnymi formami dozoru (bo wiele osób, powiedzmy w 60%, sobie radzi, a w 40% sobie nie radzi), takie, które pozwalają właśnie na tworzenie wspólnot mieszkaniowych, nie w rozumieniu ustawowym, tylko wspólnot w sensie komunitarnym, że ludzie mieszkają razem, osoby starsze niepełnosprawne również mają ze sobą większy kontakt.

Pozostał jeszcze jeden wątek, który jest bardzo ciekawy. W tej chwili trwa taki konkurs adresowany przede wszystkim do osób niepełnosprawnych. Ja po naszym spotkaniu to sobie przejrzę, bo to było głównie dyskutowane z pełnomocnikiem rządu ds. osób niepełnosprawnych, przede wszystkim z niepełnosprawnością intelektualną. To jest ten sam cykl problemów, który tutaj był dyskutowany, że wszystko jest okej, dopóki żyją rodzice. Ci ludzie bardzo często mogliby żyć w swoim lokalnym środowisku, tam gdzie mieszkali przez całe życie, pod warunkiem, że ktoś w sposób odpowiedzialny i sensowny zadba o majątek, który dziedziczą. Znamy pewnie wszyscy przypadki, 4nagłaśniane przez media, że ktoś wykorzystywał w sposób nieuczciwy i okrutny naiwność tych osób. One posiadają bardzo często pełną zdolność do czynności prawnych; zakłada się przejmowanie mieszkania, majątku i pozostawianie ich samych sobie.

Po tym spotkaniu zastanowię się też i spojrzę, czy formalnie jest możliwe włączenie do tego konkursu osób starszych, szukanie właśnie takich rozwiązań, które potem mogłyby być najpierw wypracowane jako swojego rodzaju innowacja, a następnie upowszechnione. Jeśli nie, to też wspólnie z panią minister zastanowimy się nad tym, aby w przyszłości być może pomyśleć o konkursie na temat tego problemu, bo tak jak państwo mówią, on na pewno będzie narastał. Niestety, smutna prawda pokazuje, że natura ludzka też nie staje się lepsza i tutaj jakieś rozwiązania byłyby potrzebne. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo panu ministrowi. Proszę jeszcze panią minister Elżbietę Bojanowską.

**Podsekretarz stanu w MRPiPS Elżbieta Bojanowska:**

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo. Odpowiadam pani Tokarz-Kamińskiej, która poruszyła kilka wątków. Pierwszy dotyczy konsultacji współtworzenia. Powiem tak: ja sobie nie wyobrażam, żeby tworzone w resorcie różnego rodzaju programy nie były konsultowane, opiniowane przez organizacje pozarządowe i beneficjentów, do których kierowane są te programy. Bo to nie jest tak, że resort robi sobie, a odbiorcy sobie. W związku z tym ten proces konsultacji, współtworzenia, współudziału organizacji senioralnych i organizacji pozarządowych to warunek sine qua non i dla mnie oczywisty.

Odnośnie do mapowania. Owszem, jeszcze w polityce senioralnej tego nie mamy, ale pani dyrektor departamentu pomocy społecznej doświadcza tego cały czas, ponieważ właśnie jesteśmy na etapie mapowania wszystkich instytucji usług w zakresie pomocy społecznej, aby zobaczyć, jakie to instytucje, gdzie, w jakich regionach, jak te sieci usług są rozłożone w kraju, jak też na jednego mieszkańca. Ta diagnoza, zobaczenie tego obrazu jest elementem, który wydaje się nieodzowny do podejmowania w polityce dalszych decyzji. I tak było do tej pory.

**Głos z sali:**

Nie tylko pomoc społeczna, ale także… oddolnych.

**Podsekretarz stanu w MRPiPS Elżbieta Bojanowska:**

Tak, tak zakładam. Bo tutaj musimy mieć rozpoznanie, bilans tego, co mamy i czy w dobrym kierunku idziemy. Ta diagnoza też na to odpowiada, czy dokładamy jeszcze jeden element do tych, których jest dużo, podczas gdy w innych obszarach nic nie mamy. W związku z czym to jest oczywiste.

Ogłaszanie konkursów. Już powiedziałam w departamencie polityki senioralnej, że chciałabym, żeby konkurs na przyszły rok był już ogłoszony w czwartym kwartale

tego roku, bo też uważam, że tak późne ogłaszanie konkursów nie służy realizacji celów priorytetów, jak i samemu funkcjonowaniu organizacji. Druga część roku jest jak najbardziej odpowiednia, zresztą nie tylko w obszarze polityki senioralnej, ale także we wszystkich obszarach, gdzie są granty. To jest ważne dla stabilności organizacji.

Odnośnie do tego, co zostało zrobione. To jest bardzo słuszna uwaga. Ja też mam, powiem szczerze, z tym problem, z wyciągnięciem tego, co zostało zrobione w ramach ASOS w poprzednich latach. Powstało, wydaje się, wiele publikacji, jakichś dokumentów, ekspertyz, ale są one w jakiś dziwny sposób niedostępne. A uważam, że to powinno być dostępne i znane publicznie, żeby wiedza zdobyta dzięki środkom publicznym była ogólnie dostępna. Myślę, że nieodzowne jest pokazanie tego na stronie, nie wiem, senior.gov.pl, żeby wszyscy mieli do tego dostęp.

Priorytety. Nie mówiłam dzisiaj o dużych priorytetach w polityce długofalowej, dlatego że jesteśmy w przededniu powołania nowej Rady Polityki Senioralnej i nawiązując do tego, co powiedziałam wcześniej, nie wyobrażam sobie zdefiniowania pewnych priorytetów, tego, co będziemy robić, właśnie bez udziału seniorów. Owszem, długofalowa polityka senioralna jest dokumentem ogłoszonym, ale ważne jest położenie różnego rodzaju akcentów, czy też sformułowania, co dla tego rządu jest w tym wszystkim najważniejsze. Dlatego zostały pokazane te programy, które są dzisiaj realizowane i finansowane. Tak patrzyliśmy na ten problem…

**Głos z sali:**

Że sama strategia jest w jakiejś perspektywie do podjęcia?

**Podsekretarz stanu w MRPiPS Elżbieta Bojanowska:**

Tak. Bo to jest sprawa długofalowa. Jednak musimy też spojrzeć na pewne rzeczy, na pewne aspekty. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo przedstawicielom rządu. Dziękuję pani minister Elżbiecie Bojanowskiej, panu ministrowi Pawłowi Chorążemu, dziękuję naszym ekspertom, którzy dzisiaj byli z nami, ekspertom Komisji Polityki Senioralnej, pani profesor Katarzynie Wieczorowskiej-Tobis i panu droktorowi Rafałowi Sapule. Ich cenne uwagi też przyczynią się do pracy ministerstw. Dziękuję posłom, gościom.

Czy w sprawach bieżących ktoś się zgłasza? Nie ma żadnych spraw?

Bardzo proszę, pan został zaproszony, pan jest z Krajowej Izby… Może proszę się przedstawić.

**Prezes Krajowej Rady Biegłych Rewidentów Krzysztof Burnos:**

Nazywam się Krzysztof Burnos, jestem prezesem Krajowej Rady Biegłych Rewidentów. Nie wiedziałem, że są to sprawy bieżące, czy niebieżące, dlatego nie zgłosiłem się.

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo. Chciałem bardzo serdecznie podziękować za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie, mam nadzieję, że jeszcze przez chwilę wytrzymają państwo, zabiorę dosłownie pięć minut. Słuchając dzisiejszej debaty, widzę że dobrze trafiłem, ponieważ jest to miejsce, w którym rozmawia się o jakości życia seniorów, aktywizacji seniorów w trosce i szacunku dla więzi międzypokoleniowych oraz zapobiegania ich marginalizacji. Ja z takim tematem dzisiaj do państwa się zgłaszam. Chciałbym przedstawić króciutko kwestię pewnego rodzaju wykluczenia społecznego seniorów emerytowanych biegłych rewidentów, którzy są członkami naszego samorządu. Może nie wszyscy wiedzą, kim jest biegły rewident, dlatego szybko chciałbym o tym powiedzieć.

Krajowa Izba Biegłych Rewidentów jest samorządem zawodowym, który zrzesza biegłych rewidentów, czyli osoby uprawnione do przeprowadzania badań i sprawozdań finansowych. Potocznie państwo znają to pewnie, to są audyty. Zrzeszamy około siedmiu tysięcy członków. Co ciekawe, prawie połowa naszych członków to są osoby powyżej 60. roku życia, a więc problemy strukturalne, które dotyczą całego społeczeństwa, mają również odzwierciedlenie w naszym samorządzie. Zanim przedstawię problem wykluczenia społecznego, powiem jeszcze, dlaczego dzisiaj zwracam się do państwa, do Wysokiej Komisji o pomoc.

Otóż w związku z nowym prawem europejskim Ministerstwo Finansów prowadzi prace nad zmianami w ustawie regulującej działalność biegłych rewidentów i samorządów biegłych rewidentów. Na czym polega problem społeczny, o którym chciałem powiedzieć? Otóż obowiązujące przepisy wymuszają na biegłych rewidentach seniorach, którzy nie wykonują zawodu, którzy wycofali się z aktywności zawodowej, uczestniczenie w obligatoryjnym szkoleniu zawodowym, które jest zaprojektowane dla tych biegłych rewidentów, którzy świadczą usługi na rynku. Emerytowany biegły rewident już nie jest aktywny na rynku, nie potrzebuje już tego szkolenia, ale istniejące obecnie regulacje, które MF planuje podtrzymać, wymuszają od tych osób uczestniczenie w tych szkoleniach. Co więcej, te szkolenia są płatne, więc biegli rewidenci emeryci, którzy utrzymują się wyłącznie z emerytur, świadczeń emerytalnych i rentowych muszą, aby pozostać członkami naszego samorządu, opłacać obowiązkowo te szkolenia i w nich uczestniczyć. Wielu członków seniorów jest bardzo przywiązanych do tytułu biegłego rewidenta, przez wiele lat byli aktywni zawodowo, wnosili wkład, wartość dodaną do naszej organizacji i w tym momencie obecne regulacje uniemożliwiają nam, jako organizacji samorządowej, potraktować godnie tych osób.

Jako samorząd od wielu lat rozmawiamy z MF, ale nie ma tam w żadnym zakresie żadnej empatii, odbijamy się od ściany. To, o co zabiegamy, to jest prosta rzecz, niekosztowna systemowo, niekosztowna dla państwa jako systemu gospodarczego, nie jest również kosztowna dla biegłych rewidentów seniorów. Chcielibyśmy mieć możliwość trwałego zwolnienia z obowiązku szkolenia zawodowego biegłych rewidentów seniorów. To mogłoby się dziać na podstawie jednostronnego oświadczenia takiego biegłego rewidenta, który oświadcza, że nie będzie już więcej wykonywał zawodu, trwale występuje z tej aktywności i dzięki temu moglibyśmy tę osobę zarejestrować. Znowu w zero-kosztowym elektronicznym rejestrze biegłych rewidentów seniorów. I to jest wszystko, o co prosimy MF od lat.

Jako prezes Krajowej Rady Biegłych Rewidentów zacząłem poszukiwać organizacji, które zajmują się pomocą i troszczą się o seniorów, dlatego tutaj do państwa trafiłem. Bardzo się cieszę, że są jeszcze przedstawiciele rzecznika praw obywatelskich, bo wiem, że tam jest komisja, która też zajmuje się osobami… Już nie ma pani. Ale jest jeszcze pani minister rodziny, a też występujemy do ministerstwa o wsparcie w tym zakresie.

W imieniu wszystkich członków mojej organizacji chciałbym prosić Wysoką Komisję o pomoc w zapewnieniu godnego zakończenia kariery zawodowej osób starszych. W naszej organizacji doświadczenie starszych osób ma bardzo duże znaczenie, ponieważ jest to jakiś system monitoringu. Może te osoby starsze nie są już aktywne technicznie przy wykonywaniu usług, ale jednak wnoszą pewien wkład w tę więź międzypokoleniową. Poza tym jest to pewien wzorzec, który powinniśmy też rozwijać. To jest moja prośba do Komisji, żeby stanąć w obronie naszych emerytów seniorów. Dziękuję bardzo.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję bardzo panu prezesowi Krzysztofowi Burnosowi za przedstawienie tej sytuacji. Komisja Polityki Senioralnej wystąpi do ministra finansów o zajęcie stanowiska.

**Prezes KRBR Krzysztof Burnos:**

Bardzo dziękuję.

**Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz15):**

Dziękuję państwu. Zamykam posiedzenie. Dziękuję bardzo tym, którzy wytrzymali.